REVUE DES JOURNAUX

LYON CHIRURGICAL

R. Leriche et **A. Jung.** ***Position actuelle du problème de la polyarthrite ankylosante et de son traitement par les opérations parathyroïdiennes*** (*Lyon Chirurgical*, t. XXVIII, n° 4, Juillet-Août 1931). — C'est Oppel qui a montré qu'un grand nombre des malades qui s'ankylosaient sans cause connue étaient hypercalcémiques et que la relation existant entre l'ankylose, l'hypercalcémie et les parathyroïdes, organes régulateurs de la fonction calcique, comportait la parathyroïdectomie unilatérale comme sanction thérapeutique.

L. et J. ont réuni 20 cas de polyarthrite ankylosante et opéré 3 d'entre eux qui répondaient aux conditions nécessaires d'ankylose progressive, ni infectieuse ni goutteuse, sans hyperthermie, avec hypercalcémie.

La parathyroïdectomie est d'une réalisation parfois incertaine, et si la petite masse enlevée n'apparaît pas à l'examen immédiat comme étant bien la parathyroïde, il sera prudent d'assurer une suppression physiologique suffisante en réséquant l'artère thyroïdienne inférieure, juste au niveau de sa terminaison.

Il y a eu dans les 3 cas une amélioration, durable dans les deux derniers, interrompue dans le premier par une intervention orthopédique osseuse faite quatre semaines après la parathyroïdectomie pour permettre au malade de bénéficier plus complètement de l'amélioration primitivement obtenue. Deux fois la parathyroïde enlevée fut trouvée normale, une fois le lobule extirpé fut reconnu ensuite n'être que thyroïdien, mais heureusement la résection de la thyroïdienne inférieure avait assuré le résultat.

Dans leurs conclusions, L. et J. rappellent encore qu'il y a parmi les ankylosés, ni infectieux, ni goutteux, des malades avec calcémie normale et même hypocalcémie, mais que chez eux, tout en abaissant le taux de la calcémie, la parathyroïdectomie n'a aucun effet favorable.

Les types cliniques de l'ankylose, tels la spondylose rhizomélique de Marie, l'ankylose vertébrale en flexion de Betcherew, la forme périphérique, apparaissent avec des causes étiologiques différentes et sont sans rapport avec le degré de la calcémie. Il n'y a, non plus, aucune conclusion à tirer de l'examen radiologique.

P. Grisel.

Dobrzaniecki et **Michalowski** (Lwow). ***Influence de la suppression de l'excrétion de la parotide sur la glycorégulation*** (*Lyon Chirurgical*, t. XXVIII, n° 5, Septembre-Octobre 1931). — L'action idéale dans le traitement chirurgical du diabète devrait porter sur le pancréas lui-même. On a expérimentalement réalisé la ligature du canal de Wirsung, l'exclusion de la queue du pancréas et même la ligature en masse; toutes opérations amenant l'hypoglycémie et une tolérance augmentée pour les hydrates de carbone. D'autre part, le diabète pancréatique expérimental est guéri par énervation des surrénales et une hémi-surrénalectomie devrait cliniquement améliorer le diabète.

Les rapports d'influence entre le pancréas et les glandes parotides ont conduit à rechercher si une opération parotidienne, d'une réalisation plus aisée que les interventions pancréatiques, ne donnerait pas le résultat espéré. Il y a dans les deux glandes, même différenciation histologique de deux types cellulaires, même sécrétion alcaline, et même possibilité d'exaltation de la sécrétion interne par la suppression de la sécrétion externe. Goljanitzki et Smirnova ont lié les canaux de Sténon chez des diabétiques graves et, par exaltation consécutive de la sécrétion interne pancréatique, ont obtenu un abaissement de la densité des urines, de la glycosurie et de la glycémie, avec une augmentation de la tolérance aux hydrocarbones. Gohrbandt, il est vrai, chez 18 autres diabétiques, n'a pas obtenu le même résultat favorable.

D. et M. ont vérifié chez des chiens l'action antiglycémique et antiglycosurique de la ligature du canal de Sténon, après avoir produit le diabète modéré par résection pancréatique large, ou plus simplement par injection sous-cutanée de 60 cmc de glycose à 10 pour 100.

Les résultats obtenus s'accordent avec ceux des autres auteurs et confirment l'influence de la suppression de l'excrétion de la parotide sur le diabète expérimental.

La ligature des canaux de Sténon, opération aisée, déclarée sans danger, est donc recommandable; peut-être pourrait-on encore lui substituer la suppression de la sécrétion externe de la parotide par la section du nerf auriculo-temporal, selon la méthode de Leriche.

P. Grisel.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

Barré et **Klein.** ***Contribution à l'étude des réactions vestibulaires dans les tumeurs des hémisphères cérébelleux*** (*Revue Neurologique*, XXXVIII° An., t. I, n° 2, Août 1931). — B. et K. rapportent deux cas de tumeurs infiltrées du cervelet qui présentaient des troubles vestibulaires particuliers, de la dysharmonie vestibulaire, et du retournement du nystagmus, symptômes qui, quand on les observe dans un syndrome d'hypertension, doivent faire penser à une localisation dans la loge postérieure.

La dysharmonie vestibulaire consiste dans ce fait que les diverses épreuves vestibulaires chez un même sujet sont discordantes. Par exemple, un sujet dont le nystagmus bat à droite aura également de la déviation des bras vers la droite, alors que cette déviation devrait se faire vers la gauche.

Le retournement du nystagmus, constaté déjà par divers otologistes, consiste dans ce fait que le sujet ayant la tête et le corps en rectitude, on verra le nystagmus battre tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Ces faits sont fort intéressants à constater. Leur valeur localisatrice est relative puisqu'on peut les observer dans les lésions du cervelet, et celles de tout l'isthme de l'encéphale. Leur physiologie est encore assez mal connue. C'est à la préciser que les travaux ultérieurs devront s'appliquer.

H. Schaeffer.

ANNALES D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE (Paris)

Guy Albot et **Jacques Caroli.** ***Les hépatites satellites des cholécystites chroniques*** (*Annales d'anatomie pathologique et d'anatomie médico-chirurgicale*, tome VIII, n° 3, Mars 1931). — Les cholécystites chroniques sont communément considérées comme des affections intéressant essentiellement les voies biliaires extrahépatiques et l'étude du parenchyme hépatique au cours de ces affections est en partie négligée. A. et C. ont pratiqué des biopsies hépatiques au cours de cholécystectomies. Grâce à une étude histologique fine (réticuline, chondriome, graisses), ils ont étudié les variétés anatomo-cliniques des altérations hépatiques para-cholécystiques.

Ces altérations hépatiques sont constantes. Il faut donc renoncer, semble-t-il, à considérer les cholécystites comme des affections uniquement vésiculaires; il est préférable d'y voir un des éléments d'un ensemble plus vaste, « l'hépato-cholécystite ».

Il n'existe aucun rapport, disent A. et C., entre la gravité des lésions vésiculaires et les altérations hépatiques, si bien que l'on en arrive à penser que cholécystites et hépatites ne sont pas interdépendantes mais sont deux lésions coexistantes liées à une cause commune.

On peut souvent désigner aux lésions histologiques des correspondances cliniques:

Les hépatites à prédominance corticale sont probablement des séquelles de poussées d'hépatite plus diffuse. Cette réaction corticale s'explique par le rôle de l'appareil lymphatique glissonien dans les réactions inflammatoires du foie. Ces hépatites sont peut-être un des facteurs qui conditionnent la symptomatologie douloureuse, toujours très accentuée dans ces cas. Elle peut être légère, subaiguë, ou au contraire très intense, réalisant de véritables cirrhoses périhépatogènes.

Les hépatites diffuses sans ictère, généralisées à tout le parenchyme hépatique, à tous les éléments du lobule, peuvent être aiguës, subaiguës, ou chroniques à tendance cirrhogène. Elles s'accompagnent souvent d'hépatomégalie douloureuse modérée et de fièvre. Elles persistent entre les poussées appréciables cliniquement.

Les hépatites diffuses avec ictère ne sont qu'une variété des formes précédentes. Elles peuvent être bénignes: les auteurs en rapportent un cas où l'on observe une hépatite diffuse et des altérations dégénératives centrolobulaires discrètes. Elles peuvent être graves, réalisant les atrophies jaunes aiguës paralithiasiques signalées par Carnot, Harvier et Caroli.

Ces recherches suggèrent des réflexions importantes. A. et C. montrent qu'il s'agit ici d'hépatites et non d'angiocholites; les infiltrations mononucléées péricanaliculaires sont des réactions des espaces lymphatiques portaux et sont, pensent A. et C., sans rapport avec une infection canaliculaire ascendante. Même lorsqu'il existe une légère angiocholite secondaire, l'hépatite est le fait primordial.

La connaissance de ces hépatites satellites des cholécystites chroniques a une importance pratique. Il faut en tenir compte dans les indications et le pronostic opératoires, dans la préparation des malades. Enfin dans la genèse des troubles observés dans les suites des cholécystectomies, il faut faire une place aux lésions résiduelles d'une hépatite qui peut continuer à évoluer au moins un certain temps pour son propre compte.

Paul Foulon.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (Paris)

G. Popoviciu (Cluj). ***Contribution au traitement des diarrhées parentérales des enfants par le régime des pommes*** (*Revue française de Pédiatrie*, tome VII, n° 4, 1931). — Le traitement des états diarrhéiques de l'enfance a été enrichi en 1929 par le régime des pommes recommandé par Moro. Il consiste en une absorption exclusive pendant une durée de deux jours, le plus souvent, d'une purée de pommes crues faite avec des pommes mûres, molles, pelées, débarrassées des pépins et de leur enveloppe, râpées sur une râpe en verre.

Par les recherches qu'il a entreprises dans son service sur 25 cas de dyspepsie parentérale, dont 14 chez des nourrissons et 11 chez des enfants de 1 à 3 ans, P. confirme le résultat rapide obtenu par le régime des pommes. Les succès sont parfois

brillants dans les cas de broncho-pneumonie avec diarrhée et même avec atrophie grave.

L'échec survenu dans un cas de diathèse exsudative avec symptômes toxiques et exsiccose progressive montre qu'il convient d'être prudent lorsque le régime doit être répété à de courts intervalles chez les nourrissons. D'ailleurs, Moro avait établi des restrictions en pareil cas.

Le régime des pommes permet de lutter contre l'infection grave de l'intestin grêle qui accompagne les troubles parentéraux. Il agit en même temps par ses vitamines et par son pouvoir diurétique. Ce régime semble aussi exercer un effet favorable dans les infections non compliquées de troubles digestifs et rendre leur évolution plus bénigne.

G. Schreiber.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA e SIFILOLOGIA (Milan)

Lévi. ***Phénomène de Kôbner et pathogénie du psoriasis*** (*Giornale Italiano di Dermatologia et Sifilologia*, t. LXXII, Juin 1931). — Le phénomène de Köbner consiste dans la production expérimentale de la lésion élémentaire d'une dermatose, en période évolutive d'une éruption cutanée, à la suite d'une action stimulante, sur une zone de peau en apparence normale et au siège même de l'application. Ce phénomène a surtout été observé dans le psoriasis à la suite de traumatismes variés, de tatouages, de vaccins, d'agents mécaniques, chimiques ou thermiques.

L. a recherché le phénomène de Köbner sur 23 psoriasiques; il obtint 7 résultats positifs et 16 négatifs. Il estime que 3 facteurs sont nécessaires pour produire le phénomène: un facteur constitutionnel (facteur constant), un deuxième facteur endogène probablement de nature variée (facteur occasionnel) et un troisième facteur causé par des altérations cutanées produites par le trauma, peut-être des lésions vasculaires.

Malgré les diverses théories pathogéniques (Kyrle, Lipschütz, Samberger) qui prétendent expliquer la pathogénie du psoriasis, il semble bien que nous ignorons encore quel est le mécanisme pathogénique de la formation de la plaque psoriasique.

R. Burnier.

Crosti et **Scolari.** ***Le régime de Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbruch dans la tuberculose cutanée*** (*Giornale Italiano di Dermatologia et Sifilologia*, t. LXXII, fasc. 4, Août 1931). — C. et S. ont prescrit la cure de Gerson modifiée par Hermannsdorfer et Sauerbruch chez 7 malades atteints de tuberculose cutanée.

On sait que cette cure de Gerson est un régime végétarien, vitaminique et achloruré. Les malades doivent manger en abondance des fruits, des légumes verts, du lait, des œufs; la boisson n'est pas limitée; l'huile de foie de morue ou l'ergostérine irradiée peuvent être en même temps prescrites.

Les malades de C. et S. étaient atteints de lupus à forme végétante et ulcérée, à forme tumidus, nodulaire infiltrée et plan cicatricielle; l'un d'eux était un tuberculeux pulmonaire avec une ulcération tuberculeuse du palais. Le régime fut suivi pendant un an chez les lupiques, 5 mois seulement pour le tuberculeux pulmonaire.

Les résultats obtenus furent bons dans un cas, satisfaisants dans 3 cas, nuls dans la forme ancienne plane cicatricielle, négatifs dans le cas de lupus tumidus qui s'aggrava légèrement. Chez le tuberculeux pulmonaire, l'ulcération palatine disparut après 4 mois de cure, mais les lésions pulmonaires s'aggravant, on dut cesser le régime au bout de 5 mois.

R. Burnier.

FOLIA MEDICA (Naples)

S. Tecce. ***Bases embryologique, anatomique et histopathologique d'une théorie constitutionnelle de l'artério-sclérose pulmonaire*** (*Folia Medica*, tome XVII, n° 7, 15 Avril 1931). — L'artério-sclérose pulmonaire doit être considérée comme une maladie spéciale du poumon, comme un processus réactionnel chronique qui, sans s'accompagner de phénomènes exsudatifs, va provoquer l'hyperplasie des éléments conjonctivo-vasculaires et leur dégénération plus ou moins complète; l'aboutissant du processus est la sclérose qui présente des caractères histopathologiques différents suivant sa cause et, plus encore, suivant l'état constitutionnel de l'organe. L'étude comparée du poumon au stade embryonnaire et aux diverses phases de son involution, permet, en effet, de lui reconnaître une série d'aspects variant chez les divers individus et dont les deux extrêmes, reliés par toutes les formes de passage, sont le type hyperartériel et le type inspiratoire.

L. Rouquès.

V. Giordano. ***Influence de l'hypocalcémie expérimentale sur la consolidation des fractures et sur le tissu osseux*** (*Folia Medica*, tome XVII, n° 9, 15 Mai 1931). — Renonçant à la parathyroïdectomie qui ne permet pas une survie suffisante des animaux, G. a utilisé la technique de Pianèse, c'est-à-dire les injections sous-cutanées d'oxalate de soude; on provoque ainsi, chez le cobaye, une hypocalcémie qui n'est pas très intense, mais que l'on peut maintenir le temps voulu sans amener de désordres organiques graves.

Les os des animaux ayant de l'hypocalcémie depuis plus d'un mois présentent dans leur région juxta-épiphysaire, là où l'os devient spongieux, des zones plus ou moins étendues où la structure normale est très altérée; les trabécules sont peu colorables; l'aspect lamellaire est imprécis; les éléments propres de l'os sont fragmentés, autolysés, pauvres en sels minéraux; la substance fondamentale a un aspect fibrillaire.

Lorsque la fracture est faite chez un cobaye hypocalcémique, la réparation se distingue de celle du cobaye normal par un retard net; le stade pré-osseux et les phénomènes cellulaires persistent longtemps; la fixation des électrolytes sur la substance fondamentale est très lente et la calcification reste incomplète. Si l'on ne fait intervenir l'hypocalcémie que lorsque le processus de reconstruction de l'os est déjà commencé, on n'observe d'abord aucune modification des phénomènes cytologiques de restauration; lorsque l'hypocalcémie, par sa progression, prend le caractère d'un processus pathologique général, la biologie du tissu néoformé est modifiée: fixant une quantité insuffisante de sels minéraux par suite de la réduction des apports, il perd la majeure partie de sa résistance.

L. Rouquès.

ARCHIVIO DI RADIOLOGIA (Naples)

Angelo Santoro (Roma). ***Sur un cas d'ostéite fibreuse kystique avec crâne pagétoïde*** (*Archivio di Radiologia*, t. VII, fasc. 2, Mars-Avril 1931). — Il s'agit d'un cas d'ostéite fibreuse kystique observé chez une femme de 28 ans, sans antécédents notables, qui présentait des formations kystiques multipes: tiers supérieur du radius gauche, acromion droit, aile iliaque droite, maxillaire gauche, en même temps qu'un épaississement d'aspect pagétoïde de la voûte cranienne.

L'intérêt de cette observation réside, pour S., dans l'association d'images de maladies de Recklinghausen et de Paget dont Busi, il y a de nombreuses années, avait montré la coexistence possible.

Il a été permis d'observer chez cette malade deux fractures en un an.

Morel Kahn.

Mario Santoro (Roma). ***Sur un cas de mort survenu après pyélographie descendante*** (*Archivio di Radiologia*, t. VII, fasc. 2, Mars-Avril 1931). — Il s'agit d'un enfant de 15 ans atteint de troubles urinaires remontant à l'âge de 3 ans et caractérisés par des hématuries et des crises rénales gauches douloureuses (frère mort à 3 ans, atteint de calculose vésicale).

L'état général était bon; il existait une tuméfaction de la grosseur du poing dans l'hypocondre gauche. Examen des urines: 800 cmc/24 heures, d = 1.010, urée 9,65 pour 100, pas de sucre, traces d'albumine, nombreux globules rouges, quelques leucocytes. Radiographie: ombres calculeuses des deux bassinets. Pyélographie descendante par injection intraveineuse de 40 cmc d'urosélectan à 40 pour 100 sans opacité consécutive des voies urinaires; pas de troubles immédiats; le lendemain, coliques rénales, augmentation de la diurèse et de la densité des urines, légère température. Dans la suite, diminution de la diurèse, puis retour à la normale, azotémie légèrement croissante, l'ensemble des signes étant en faveur d'une lésion rénale. Cystoscopie, chromocystoscopie et cathétérisme bilatéral des uretères furent pratiqués avant une pyélographie gauche à l'iodure de lithium qui ne dépasse pas le bassin et qui est aussitôt suivie de colique et d'hématurie; au 5e jour, premières manifestations urémiques terminées par la mort au 7e jour.

Diagnostic clinique: lithiase rénale bilatérale, hydronéphrose gauche, urémie.

Autopsie: hydropyénéphrose bilatérale avec lithiase. Le principal intérêt de cette observation réside dans le fait de savoir si l'injection intraveineuse d'urosélectan est susceptible d'avoir provoqué l'apparition d'un syndrome urémique mortel et l'A. en tire les conclusions suivantes: en cas de doute sur l'état pathologique des deux reins il convient, avant de recourir à la pyélographie descendante, d'examiner soigneusement les fonctions des deux reins et, dans tous les cas douteux, de n'utiliser que des procédés d'examen tout à fait inoffensifs.

Morel Kahn.

LA PEDIATRIA (Naples)

A. F. Canelli et **E. Caligaris** (Turin). ***Les néoplasmes malins pendant la période juvénile*** (*La Pediatria*, t. XXXIX, n° 18, 15 Septembre 1931). — Dans cet article C. et C. émettent surtout des idées et des hypothèses concernant l'étiologie et la pathogénie du cancer, dont l'apparition semble commandée par la constitution de l'organisme et surtout par la texture chimico-physico-hormonique de certains organes déterminés. Sans doute il serait prématuré, comme le fait judicieusement observer le prof. Morpurgo, de parler avec certitude dans l'état actuel de nos connaissances d'hormones stimulatrices ou inhibitrices du cancer, hormones localisées dans tel ou tel organe; néanmoins les réflexions que suggère l'étude du cancer dans l'enfance plaident en faveur d'une semblable théorie.

Il est un fait, c'est que le cancer est rarissime chez les enfants. On ne rencontre guère chez eux qu'un 1/2 pour 100 des tumeurs observées à tout âge. On peut donc admettre que l'état juvénile est une condition biologique de résistance aux tumeurs malignes. C. et C. étudient les différents facteurs morphologiques, humoraux, organo-génétiques et

constitutionnels qui peuvent intervenir pour augmenter la résistance de l'organisme jeune à l'invasion néoplasique. Ils soulignent l'activité hématopoïétique des jeunes sujets, l'activité particulière de la rate et de la moelle osseuse dans l'enfance. Ils rappellent que le thymus est un organe infantile par excellence et ils rapprochent de l'hormone thymique l'hormone cortico-surrénale également plus abondante dans le jeune âge.

L'organisme abandonne aux néoformations du blastome les matériaux nucléo-protéidiques et albuminoïdiques nécessaires à son développement. D'après Dustin, de Bruxelles, ce mécanisme nucléo-régulateur serait particulièrement commandé par le thymus et cet auteur est tout disposé à admettre l'intervention des glandes endocrines, du thymus, du système lymphoïde dans la formation de ce que l'on a appelé le terrain cancéreux.

C. et C. n'acceptent pas toutes les conclusions de Dustin, mais ils font observer que l'importance attribuée au thymus au point de vue du développement du blastome peut s'expliquer par la place importante que cette glande occupe dans l'enfance.

G. Schreiber.

B. Vasile (Palerme). ***Contribution clinique à la connaissance de l'anémie pseudo-leucémique de Jaksch-Hayem*** (*La Pediatria*, t. XXXIX, fasc. 18, 15 Septembre 1931). — Ayant observé 13 cas d'anémie pseudo-leucémique de Jaksch-Hayem à la Clinique pédiatrique de l'Université de Palerme, V. confirme l'opinion de Nobécourt et Aubertin concernant la gravité de cette anémie. Tous les enfants observés ont, en effet, succombé.

Cette anémie, si on en juge par les résultats des examens hématologiques, par les altérations des organes hématopoïétiques et par la métaplasie myéloïde constatée dans presque tous les organes, doit être considérée comme une maladie systématique des organes hématopoïétiques.

V. pense que suivant son intensité le facteur morbide qui agit sur le tissu myéloïde peut donner naissance à des lésions hyperplastiques du tissu érythroblastique seul ou encore provoquer à un degré plus ou moins prononcé des lésions du tissu leucoblastique. Cette anémie peut donc, suivant les cas, se manifester par une *érythrémie* ou une *érythroleucémie*.

G. Schreiber.

CLUJUL MÉDICAL
(Cluj, Roumanie)

A. Mohora-Popoviciu (Cluj). ***Les altérations bucco-dentaires en rapport avec les différents états physio-pathologiques chez la femme*** (*Clujul medical*, t. XII, n° 8, Août 1931). — A la suite d'observations faites à l'hôpital et en clientèle, M.-P. décrit les divers changements et les altérations de la cavité buccale à la puberté, pendant les règles, la grossesse, la lactation et lors de la ménopause. Tous ces troubles sont en rapport avec les troubles de fonctionnement des glandes endocrines.

M.-P. insiste surtout sur deux questions importantes.

Les interventions dentaires pendant la grossesse. Pendant la grossesse, les interventions dentaires peuvent être exécutées. Sans doute elles excitent le centre sensitif, mais il est exceptionnel qu'elles puissent provoquer un avortement sans une prédisposition tout spéciale. Au contraire, les processus inflammatoires tels que périostites, phlegmons, périodontites purulentes diffuses, accidents d'éruption de la dent de sagesse, etc., imposent une intervention chirurgicale d'urgence pour éviter la résorption de toxines, la pyophagie et la fièvre. De même l'extraction des dents qui ont causé ces états pathologiques est nécessaire.

L'hygiène buccale du personnel infirmier à l'hôpital et en ville.

Cette hygiène buccale est d'une très grande importance après l'accouchement. Des recherches faites sur l'étiologie de la fièvre puerpérale ont démontré, en l'absence de toute autre infection, la contamination par les sécrétions buccales d'une sage-femme qui avait la bouche en mauvais état et très négligée. Il serait désirable qu'on surveillât de près l'état de la bouche des infirmières pour éviter les complications qui peuvent survenir par suite d'infections d'origine dentaire.

M. Guibé.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Th. Fahr. ***La question de la néphrose amyloïde et le rein scléreux amyloïde*** (*Klinische Wochenscrift*, t. X, n° 26, 27 Juin 1931). — La néphrose peut être répartie d'après F. en divers types cliniques, parmi lesquels figure la néphrose amyloïde qui ne se différencie des autres que par les dépôts amyloïdes. D'autre part, ces dépôts peuvent n'être accompagnés d'aucun symptôme clinique, pas même d'albuminurie.

Une autre catégorie de reins amyloïdes donne lieu à un stade de sclérose dans lequel il manque souvent l'hypertension et l'hypertrophie cardiaques. Néanmoins, une dégénérescence amyloïde des glomérules suffit, à elle seule, quand elle atteint une intensité suffisante, pour provoquer une augmentation de la pression du sang et une hypertrophie cardiaque. F. a déjà publié deux cas de ce genre et il ajoute, à cela, deux nouvelles observations dans lesquelles ces deux symptômes et surtout l'hypertrophie cardiaque ont pu être constatés. Les cas de ce genre ont une signification théorique importante, car ils montrent que l'hypertension peut être d'origine purement rénale contrairement à ce que pensent certains cliniciens, comme Kylin ou Pal. Pour F., en effet, l'hypertension permanente est conditionnée par des lésions rénales dans une grande proportion des cas. Cet auteur rappelle à ce sujet que Podgurski a publié 7 cas de reins kystiques dont 5 accompagnés d'hypertrophie cardiaque.

De même Herxheimer considère que l'augmentation de la pression et l'hypertrophie du cœur gauche sont certainement en rapport avec des lésions rénales. Dans les cas de rein scléreux amyloïde, la dégénérescence graisseuse ou hyaline des canaux ne joue pas de rôle important. F. considère d'ailleurs que l'apparition de gouttelettes hyalines dans les cellules ne doit pas être considérée comme un simple phénomène de sécrétion, mais comme une véritable maladie de la cellule, une dystrophie.

Dans tous les cas, F. n'admet pas qu'on laisse tomber l'expression de néphrose amyloïde, car la plupart des reins amyloïdes évoluent comme une néphrose. En outre, il y a lieu de considérer que la néphrose lipoïdique essentielle est rare, tandis que les nuisances qui déterminent l'amyloïdose ou la glomérulonéphrite sont fréquentes, mais ne déterminent pas la néphrose lipoïdique. F. se demande si, dans ces conditions, on ne doit pas faire intervenir une substance qui serait formée en excès dans la néphrose lipoïdique et insuffisamment dans la néphrose amyloïde et dans la glomérulonéphrite.

P.-E. Morhardt.

A. Gottschalk et **A. Springborn.** ***Observations sur la glycosurie rénale et la cétonurie non diabétique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. X, n° 26, 27 Juin 1931). — G. et S. donnent deux observations de troubles extra-insulaires du métabolisme des hydrates de carbone. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'un homme de 47 ans, chez qui on découvre, par hasard, une glycosurie qui se montre tout à fait indépendante de l'administration d'hydrates de carbone et sur laquelle l'insuline reste sans effet. Un repas sucré montre d'ailleurs une fonction normale de l'appareil insulaire. Il s'agit donc d'une glycosurie extra-insulaire sans aucun caractère diabétique et par conséquent purement rénal.

Le même sujet est revu 15 mois plus tard avec une glycosurie importante, une glycémie atteignant, à jeun, 160 milligr. L'administration des hydrates de carbone ou d'insuline n'a pas d'effet sensible sur la glycosurie. Le volume des urines est normal et il s'agit toujours d'une forme de glycosurie extra-insulaire. Cependant, la courbe de la glycémie, après repas sucré, présente cette fois-ci des caractères nettement insulaires. Il s'agit d'une forme mixte ou d'un « stade intermédiaire ». La glycosurie rénale n'est plus simple puisqu'il apparaît des symptômes insulaires. Il faut donc admettre une insuffisance constitutionnelle des reins à l'égard du sucre du sang et des organes neuro-endocriniens à l'égard de l'utilisation du sucre.

Des faits de ce genre expliquent que chez des jeunes diabétiques on observe parfois, au début de la maladie, un élément rénal. D'autre part, l'étude des ascendants chez un malade de 24 ans, atteint de glycosurie rénale depuis 3 ans, a montré du diabète vrai chez la grand'mère maternelle et chez la mère ainsi que chez la grand'mère paternelle.

Le malade étudié par G. et S. montre également un trouble du métabolisme des graisses. L'administration de 60 gr. d'hydrates de carbone par jour fait apparaître des quantités importantes d'acétone, d'acide diacétique et d'acide béta-oxybutyrique, du fait que les hydrates de carbone ne peuvent pas être utilisés. L'administration de 100 unités d'insuline ne fait pas descendre l'élimination de l'acétone totale au-dessous de 5 gr. par jour. Ainsi l'insuline n'agit pas sur ce phénomène quand elle ne peut pas arriver à faire utiliser le sucre au cours du métabolisme intermédiaire.

Dans un autre cas, il s'agit d'un homme de 58 ans atteint d'un diabète sucré vrai avec une composante rénale et surtout avec une cétonurie considérable alors que la glycémie et la glycosurie sont assez peu marquées. Dans ce cas, la cétonurie doit être expliquée par une mauvaise utilisation du sucre résorbé.

Chez une autre malade, de 27 ans, gestante, on constate une glycosurie rénale avec tendance marquée à la cétonurie.

Des cas de ce genre montrent que la cétonurie peut s'observer alors que le métabolisme des hydrates de carbone est assez peu troublé. Il ne s'agit alors ni d'acétonurie par manque d'hydrates de carbone ni de cétonurie diabétique. Dans ces états, il faut admettre que les corrélations physiologiques entre la destruction des acides gras et celle des hydrates de carbone est déplacée. Pour désintégrer complètement les acides gras, il faut que ces sujets brûlent davantage de sucre que normalement. Une réduction des hydrates de carbone provoque alors très facilement de la cétonurie.

Il y aurait donc trois formes de cétonurie : l'une par suppression des hydrates de carbone, l'autre par non-utilisation des hydrates de carbone administrés et la troisième du fait que les acides gras exigent davantage de sucre pour brûler complètement.

P.-E. Morhardt.

Wilhelm Ehrich. ***La pneumonie et ses causes*** (*Klinische Wochenschrift*, t. X, n° 34, 22 Août 1931). — E. rappelle d'abord que les pneumonies peuvent être une maladie primitive ou, plus fréquemment, secondaire, et qu'on distingue d'ordinaire les pneumonies vraies, lobaires ou lobulaires. Les broncho-pneumonies et les pneumonies interstitielles ne sont pas étudiées par l'auteur. Des intoxications, notamment d'origine ga-

zeuse, peuvent faire apparaître une pneumonie, mais en général un germe pathogène est en cause. Il ne semble pas démontré que ces germes arrivent aux poumons par la voie hématogène ou lymphatique. Il est vraisemblable qu'ils empruntent la voie bronchique. En fait, l'introduction de germes dans les bronches de petits animaux de laboratoires provoque des pneumonies, quel que soit le germe employé sauf cependant quand il s'agit du pneumocoque du type I qui détermine une septicémie. Chez les animaux de laboratoires plus gros, comme par exemple chez les chiens ou chez les singes, les injections intratrachéales provoquent également des pneumonies qui, cependant, se distinguent de celles des petits animaux parce qu'elles sont beaucoup plus riches en exsudats.

La virulence des germes intervient. La pneumonie lobaire vraie est le plus souvent provoquée par le pneumocoque du type III qui doit être considéré comme le plus dangereux pour l'homme. Chez l'enfant, on observe des pneumonies pauvres en exsudats (dystélectatiques) comme chez les petits animaux de laboratoires, tandis que chez les adultes les pneumonies sont hypertélectatiques. Mais aux germes il faut ajouter des facteurs externes et internes.

Parmi les facteurs externes figure le refroidissement qui a suscité un grand nombre de travaux. Pour Cole, le refroidissement diminue la résistance de l'organisme sans qu'on connaisse exactement le mécanisme par lequel survient cette diminution de résistance. Cependant Staemmler, comme certains auteurs plus anciens, pensent que le froid provoque de l'œdème pulmonaire. Il y aurait ainsi trouble de la circulation, exsudation dans les alvéoles et création d'un milieu favorable pour les germes inhalés.

Parmi les facteurs internes, on a fait figurer une allergie spécifique (Lauche). Mais pour E. les lésions histologiques caractéristiques d'un état anaphylactique ne sont pas retrouvées dans la pneumonie lobaire. Il faut donc renoncer à cette notion d'allergie spécifique et admettre une sensibilité non spécifique du système vasculaire. Cette conception est d'accord avec le fait qu'une inflammation des voies aériennes supérieures précède la pneumonie lobaire dans la moitié des cas, sans que d'ailleurs le même germe soit en jeu dans les deux localisations. N'importe quel germe, par exemple le bacille de la grippe, pourrait sensibiliser et augmenter la réactivité non spécifique du système vasculaire.

P.-E. Morhardt.

Fritz Litten. ***La mise en évidence des surrénales par les rayons Röntgen*** **(*Klinische Wochenschrift*, t. X, n° 34, 22 Août 1931).** — Les surrénales ne peuvent pas être mises en évidence par les rayons Röntgen. Cependant, quelques auteurs comme Domer, Rolleston et Boyd ont constaté des opacités siégeant, chez des addisoniens, dans la région des surrénales et vraisemblablement de même nature que les concrétions calcaires souvent observées chez ces malades à l'autopsie.

Sur quatre cas de maladie d'Addison, L. a pu, dans deux cas, faire des constatations du même genre. Dans le premier, on observe des opacités très fines situées entre la 11e et la 12e côte de chaque côté du rachis et au-dessus du pôle supérieur du rein. Dans un second cas, où la maladie d'Addison présentait tous ses symptômes caractéristiques, on a également constaté des opacités à la hauteur de la 1re lombaire entre la 11e et la 12e côte et plus abondantes à droite qu'à gauche.

En prenant plusieurs épreuves dans des directions différentes, on s'est assuré que ces opacités n'avaient pour origine ni l'estomac ni les ganglions mésentériques. Des calculs du pancréas ni la calcification des cartilages ne sont en jeu. Les calculs du rein ne peuvent pas non plus expliquer la situation de ces opacités.

Pour mettre en évidence ces phénomènes, il est nécessaire d'éliminer autant que possible les gaz intestinaux. L. a recours pour cela à l'adsorgan (1 cuillerée à café 2 ou 3 fois par jour) et à l'encypan (2 comprimés 3 à 6 fois par jour).

On doit donc admettre qu'il s'agit de calcification des surrénales de nature tuberculeuse ayant pour origine, dans le second cas, un foyer solitaire des poumons.

P.-E. Morhardt.

Fritz Mainzer. ***Les relations entre les fonctions partielles des reins*** **(*Klinische Wochenschrift*, t. X, n° 35, 29 Août 1931).** — D'une façon générale, on n'admet guère que certaines fonctions partielles des reins puissent être sous la dépendance les unes des autres. C'est en tout cas l'opinion de Lichtwitz. Mais M. a cependant cherché s'il n'existait pas une relation entre le nombre des ions H de l'urine et la concentration des chlorures bien que des recherches faites en ce sens, notamment en cas de diabète insipide, n'aient donné aucun résultat. Des recherches de ce genre exigent d'ailleurs préalablement qu'on se rende compte que les phosphates urinaires, s'ils ont de l'importance au point de la chimie physique, en ont moins au point de vue physiologique car leur taux ne varie en aucune manière avec la concentration des ions H qui, en revanche est asociée à celle des bi-carbonates. Par suite, il existe une relation entre la concentration des bicarbonates et celles des chlorures. Ces deux espèces d'ions ne peuvent dépasser le chiffre de 370 millimols par litre. M. arrive ainsi à la formule suivante :

$$p_H \text{ maximum} = pK' + \log. \frac{K - Cl}{CO^2 \text{ libre}}.$$

Dans cette formule pK' exprime le logarithme négatif de la constante de dissociation de l'acide carbonique, K la concentration maxima pour l'ensemble des chlorures et des bicarbonates, concentration qui varie d'un individu à l'autre. Cette formule exprime que pour une concentration donnée des chlorures, il y a une concentration des ions d'hydrogène qui ne peut pas être dépassée. De même pour une concentration des ions d'hydrogène, il y a une concentration des chlorures limite. Les relations cherchées entre les deux grandeurs ne s'observent donc que pour les valeurs maximas. Au-dessous de ces valeurs, les concentrations varient avec le métabolisme de l'eau et des sels minéraux ou l'équilibre acide-base. Dans les conditions normales, ces relations ne sont donc pas manifestes. Mais elles apparaissent si on procède à une épreuve dans laquelle on associe l'administration des chlorures et des carbonates comme Haldane et Peskette, ainsi que M., lui-même, l'ont fait.

En cas de maladie des reins, ce pouvoir de concentration est très fortement diminué. Par exemple, chez un individu sain dont le pouvoir de concentration pour les chlorures et les carbonates est de 350 millimols par litre, on constate que pour un p_H = 7,5, l'ion chlore peut atteindre une concentration de 300 millimols, très supérieure à ce qui s'observe habituellement. En cas de maladie du rein, le pouvoir de concentration global peut être abaissé à 100 millimols par litre, et le pouvoir de concentration pour les chlorures à la moitié du chiffre initial pour ce même p_H.

Ces relations permettent d'apprécier l'épreuve fonctionnelle du rein qui consiste à étudier l'élimination des alcalis et dans laquelle on détermine le p_H de l'urine pendant une période limitée après administration de carbonate. Or, les relations physiologiques ainsi établies permettent, après avoir constaté le pouvoir de concentration pour les chlorures, de prévoir quantitativement le nombre des ions d'hydrogène auquel il est possible d'arriver au cours de cette épreuve. M. a pu, au cours de nombreuses recherches chez des sujets sains ou chez des rénaux, prévoir effectivement ce chiffre.

Ainsi, cette épreuve n'apporte rien de plus que la constatation de la concentration des chlorures.

L'auteur a également étudié les relations qui existent entre la concentration des chlorures et celle de l'urée. Pour cela, il a administré, ensemble ou séparément, de l'urée et du chlorure de sodium. Il est exceptionnel qu'on ne constate pas, dans ces conditions, une diminution de la concentration des chlorures du fait de l'administration d'urée. Par contre, l'administration de chlorure de sodium ne diminue pas la concentration de l'azote. L'effet n'est pas très apparent chez des sujets à troubles rénaux modérés, parce que l'urée possède une action diurétique perturbatrice. En cas de lésions graves des reins, l'abaissement de la concentration des chlorures sous l'influence de l'urée est constant. Les faits observés dans ce sens donnent à penser que les diverses fonctions partielles du rein sont étroitement associées.

P.-E. Morhardt.

Rich. Kühn et **Luise Witscher.** ***La signification des troubles du métabolisme des chlorures dans le diabète sucré*** (*Klinische Wochenschrift*, t. X, n° 35, 29 Août 1931). — On a déjà observé depuis longtemps que, dans le diabète sucré, la concentration du chlorure dans les urines de même que le total des chlorures éliminés par l'urine diminue fortement. Ces valeurs sont faibles surtout lorsque le coma menace ou est apparu. Cette hypochlorurie de l'urine, quand elle persiste après disparition du coma, permet d'admettre qu'une nouvelle crise menace. L'importance clinique de tels faits est considérable : on acquiert avec ceux-ci la possibilité de prendre des mesures capables de prévenir le coma avant que des symptômes graves aient apparu.

Les recherches de K. et W. ont porté d'abord sur certains cas d'acidose marquée. Ils ont constaté ainsi que dans le coma, l'élimination des chlorures de sodium est au minimum. La concentration de NaCl. par contre, augmente parfois très fortement au fur et à mesure qu'il y a amélioration clinique.

Selon K. et W., il faut admettre avec Meyer-Bisch que ce trouble n'est pas dû à des lésions rénales, mais à des phénomènes tissulaires en relations avec une hypofonction du pancréas. Les tissus du diabétique se trouveraient dans un état spécial. L'injection intraveineuse d'une solution de bicarbonate à 2,5 pour 100 fait disparaître cet état et les symptômes du coma. On constate alors une élimination abondante de Cl avec l'urine. Cette association du bicarbonate à de l'insuline et à des tonicardiaques a permis à K. et à W. de ne perdre aucun malade dans le coma.

Dans le sang, on constate également une insuffisance de chlore. On sait d'ailleurs que dans le coma et chez les diabétiques sévères, il y a dessiccation de tissus : les protéines du sérum atteignent souvent 11 pour 100. Dans ces conditions, le chlore peut paraître augmenter alors qu'en réalité, en tenant compte du taux des protéines, il est diminué.

Enfin, la sécrétion des chlorures dans le suc gastrique est diminuée : il y a hypo ou achlorhydrie.

P.-E. Morhardt.

Gottfried Holler. ***Observations sur les interréactions entre la leucémie et la tuberculose dans l'organisme humain*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 36, 5 Septembre 1931). — L'auteur donne d'abord deux observations de malades atteints de leucémie et chez lesquels l'apparition d'une tuberculose miliaire transforma le tableau morbide en une leucopénie.

Dans les processus inflammatoires, spécialement ceux qui sont dus à un semis miliaire de tuberculose, on observe de la leucopénie avec lymphocytose relative et aussi, d'ordinaire, une monocy-

tose relative. Quand on pratique la splénectomie, la leucocytose reparaît avec lymphocytes et éléments monocytaires nombreux. Cette leucopénie est également connue dans la tuberculose ganglionnaire généralisée. Une affection de ce genre qui frappe la rate d'un leucémique fait donc apparaître tout d'abord une leucémie aleucémique lymphatique ou myéloïde. En ce cas, la splénectomie fait reparaître la leucocytose avec monocytes abondants. L'auteur a eu l'occasion d'observer, au cours des dix dernières années, une douzaine de leucémiques chez lesquels une tuberculose généralement miliaire a provoqué des phénomènes de ce genre.

Des modifications analogues peuvent être la conséquence d'infiltrations leucémiques de la peau. Ces leucémies avec localisations cutanées ont une évolution particulièrement lente comme si la peau jouait le rôle d'un organe protecteur. L'autohémothérapie intracutanée est suivie d'une diminution passagère, mais parfois durable des leucocytes.

H. fait remarquer, d'autre part, que ce qui caractérise les leucémies, ce n'est pas seulement le nombre des cellules, mais aussi l'apparition de formes anormales dont il est difficile de dire si elles dérivent de lymphocytes ou de monocytes.

L'auteur, en terminant, donne une observation très détaillée concernant un malade de 41 ans qui fut observé pendant les quatre années qui précédèrent sa mort, et chez lequel on put délimiter deux stades pathologiques : le premier est caractérisé par une augmentation de volume importante de tous les ganglions et par une augmentation de volume moyenne de la rate et du foie; en même temps la formule sanguine était celle d'une lymphadénose. A ce stade en a succédé un autre au cours duquel les ganglions ont diminué de volume, tandis qu'au contraire la splénomégalie s'accentuait et que la formule sanguine devenait celle d'une lymphadénose aleucémique. Après la splénectomie, cette formule sanguine a été celle d'une leucocytose, puis celle d'une monocytose qui a fait songer à une leucémie à monocytes. Dans ce cas, comme l'autopsie l'a montré, il s'agit d'une leucémie lymphatique qui s'est transformée en lymphogranulome au moment où la rate a été enlevée.

Enfin, l'auteur note qu'il a observé, chez des tuberculeux, des leucémies à évolution extrêmement lente et assez analogues à celles d'un lymphogranulome, le diagnostic étant alors assez difficile à faire surtout au début.

P.-E. Morhardt.

Julius Bauer et **Alfred Vogl**. ***Psoriasis et affections articulaires. Contribution à la connaissance de l'hydropisie articulaire intermittente*** (*Klinische Wochenschrift*, t. X, n° 37, 12 Septembre 1931). — On est d'accord pour considérer qu'on n'a pas réussi à caractériser, d'une façon nette, les symptômes articulaires qui s'observent en cas de psoriasis. Effectivement, ces symptômes ne se distinguent en rien de ce qui s'observe indépendamment du psoriasis. D'autre part, nous ne connaissons, dans l'étiologie du psoriasis, que son hérédité : la peau semble réagir d'une façon spéciale à des excitations diverses. L'étiologie des affections rhumatismales est rattachée d'abord à des phénomènes constitutionnels, surtout dans l'arthrite déformante, mais aussi dans les formes inflammatoires où la localisation du germe est favorisée par une insuffisance ou une sensibilité des articulations. Parfois, certains groupes articulaires semblent plus prédisposés que d'autres. B. et V. rappellent à ce sujet l'histoire de 4 frères atteints les uns et les autres de maladie de Bechterew. D'ailleurs diverses formes de rhumatismes peuvent s'observer dans la même famille.

On est amené à admettre que les relations qui unissent le psoriasis et le rhumatisme doivent être cherchées dans des phénomènes constitutionnels. Il y aurait, en pareil cas, pléiotropie, c'est-à-dire disposition unique s'étendant à la fois à la peau et aux articulations.

B. et V. donnent ensuite l'observation de divers malades. Dans un premier groupe figure l'association de psoriasis avec de la polyarthrite chronique primaire. Dans un second groupe figure le psoriasis associé à des affections purement dégénératives des articulations, c'est-à-dire avec de l'arthrite déformante. Dans un troisième groupe figurent des cas d'hydarthrose intermittente également associée au psoriasis. Ces faits sont intéressants, parce que cette affection articulaire est encore très obscure au point de vue pathologie et pathogénèse.

Dans un de ces cas, il s'agit d'une femme de 38 ans qui présente, tous les sept jours, un gonflement douloureux du genou droit et, depuis un peu moins de temps, du genou gauche. On constate en outre une ankylose des articulations de la hanche et du genou, du diabète sucré et du psoriasis.

Dans la famille de cette femme, on retrouve les trois affections diversement associées. Un de ses frères présente du psoriasis; son père avait du psoriasis et du diabète; une tante avait du psoriasis; sur les 3 enfants de cette tante, il est un garçon et une fille atteints de psoriasis; cette dernière présente également de l'hydropisie articulaire intermittente, de même que le troisième enfant.

Les observations de ces deux derniers malades sont également données par B. et V. On est donc ainsi amené à admettre qu'il y a corrélation génotypique entre le psoriasis et les affections articulaires chroniques. En terminant, les auteurs donnent l'observation d'une arthrite déformante sévère, apparue d'une façon précoce chez une femme présentant une atrophie cutanée idiopathique.

Ainsi l'arthritisme devient une expression mieux définie par les considérations héréditaires. Les relations du psoriasis et des affections articulaires chroniques sont de même ordre que celles qui unissent l'obésité, le diabète, la cholélithiase ou encore celles qui unissent l'ostéopsathyrosis, les sclérotiques bleues, la surdité ou encore la rétinite pigmentaire, la polydactylie, la dystrophie adiposo-génitale et certaines formes d'arriération.

P.-E. Morhardt.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

Lucy Wills. ***Le traitement de l'anémie pernicieuse de la grossesse et de l'anémie tropicale*** (*British medical Journal*, n° 3676, 20 Juin 1931). — Après avoir essayé de traiter l'anémie pernicieuse de la grossesse et l'anémie tropicale par le foie cru, l'extrait de foie, par les vitamines A et B, W. s'est servi d'un extrait de levure riche en vitamines B_1 et B_2. Donné à des doses de 4 gr. trois ou quatre fois par jour, cet extrait s'est montré aussi actif que l'extrait de foie. Ce traitement a pu amener la guérison, sans autres médications, d'anémies compliquées de paludisme, d'ankylostomiase. Cet extrait de levure comme l'extrait de foie ne s'est montré actif que dans les cas d'anémie à mégaloblastes; dans ceux où la formule sanguine ne montrait aucun effort de régénération, cette médication resta sans résultat.

L'étude de ces cas a été poursuivie dans l'Inde. Le régime spécial des Indiens ne semble pas être en cause puisqu'on observe également des cas d'anémie chez les gens aisés et chez les Mahométans qui mangent de la viande. Il ne semble pas non plus que ces anémies si fréquentes soient dues à une carence en vitamines B puisque le béribéri est rare dans l'Inde et notamment à Bombay.

Cette question étiologique ne peut se trancher sans nouvelles recherches. Ce que l'on peut dire actuellement, c'est qu'il existe dans l'extrait de levure un agent aussi actif contre l'anémie pernicieuse que celui qui existe dans l'extrait de foie et qu'il a l'avantage pour l'Inde d'être bon marché et d'origine végétale.

André Plichet.

Whittingham, Kilpatrick et **Griffiths**. ***Observations sur la marche d'une épidémie de méningite cérébro-spinale dans l'aéronautique anglaise en 1921*** (*British medical Journal*, n° 3677, 27 Juin 1931). — En 1919, on observa de nombreux cas de méningite cérébro-spinale dans l'aéronautique anglaise. Cette épidémie atteignit spécialement les recrues de 18 à 23 ans nouvellement arrivées au corps, et son développement parut avoir été favorisé par le surpeuplement des cantines, des cinémas et par le fait du groupement des soldats autour des feux centraux des baraques.

Ce ne fut pas une épidémie isolée, car, à cette époque, existait en Angleterre une épidémie de méningite cérébro-spinale qui prit à un moment des proportions alarmantes.

La fréquentation des cinémas, des cafés, des bars, le transport des personnes dans des autobus fermés jouent un rôle important dans la dissémination de cette maladie. Le public devrait être prévenu du danger des atmosphères confinées et les baraquements militaires devraient être pourvus du chauffage central pour assurer une ventilation et une chaleur suffisantes et pour éviter le groupement des individus.

La désinfection naso-pharyngée au moyen de gargarismes est efficace et devrait être adoptée comme mesure prophylactique spécialement par ceux qui sont en contact avec les malades et par les porteurs de germes. Il faut la continuer quinze jours après la guérison du dernier cas de méningite cérébro-spinale.

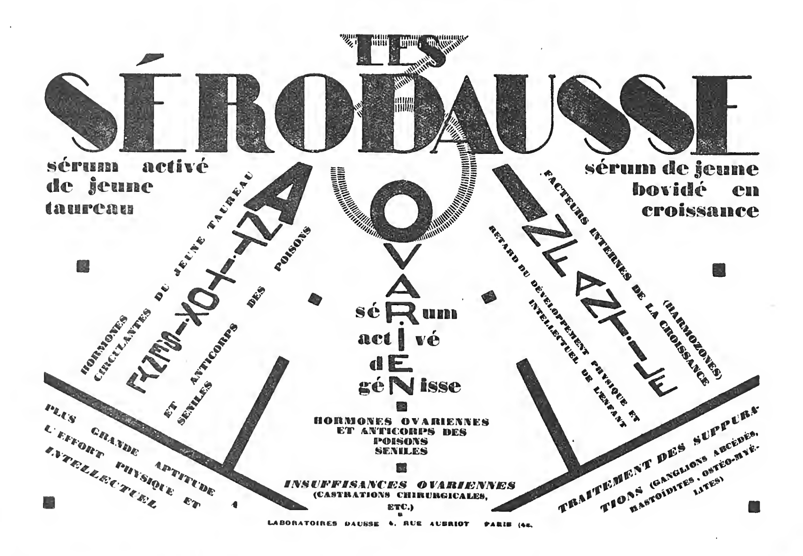
Il faut faire un ensemencement du naso-pharynx de tous les habitants d'une baraque contaminée pour découvrir les porteurs de germes. Ceux-ci doivent être isolés et doivent pratiquer la désinfection naso-pharyngée trois fois par jour pendant au moins quinze jours après le dernier examen négatif. Les porteurs de germes ne devront pas être libérés avant que six examens des mucosités, faits tous les deux jours, n'aient été négatifs, ou bien ils seront libérés au bout de six semaines après le premier examen, si on a la preuve qu'ils ont continué la désinfection journalière pendant toute cette période.

La variabilité d'efficacité du sérum a été notée dans cette épidémie. Elle semble due à la différence de technique dans la préparation du sérum aussi bien qu'à la nature et à la proportion des types de méningocoques qui ont été rencontrés.

Pour le traitement, W., K. et G. conseillent de retirer 60 cmc de liquide purulent, de faire un lavage de 100 à 200 cmc une ou deux fois par jour, de continuer cette sérothérapie deux à trois jours après la disparition des méningocoques.

André Plichet.

E. Bramwell. ***Remarques sur quelques aspects cliniques de l'empoisonnement par le plomb*** (*British medical Journal*, n° 3680, 18 Juillet 1931). — Quand le saturnisme se traduit par la colique de plomb avec la constipation caractéristique, par l'anémie spéciale, le diagnostic est relativement facile, même en dehors des commémoratifs. Par contre, B. rapporte des observations où le saturnisme s'est traduit soit par une simple parésie du bras droit, par des symptômes qui simulèrent un cancer ou un ulcère de l'estomac avec atrophie musculaire progressive, soit encore par une encéphalopathie dont les symptômes donnèrent à penser à une tumeur cérébrale, par une paraplégie spastique des membres inférieurs. Dans ces cas, pour trouver l'étiologie, il faut rechercher la profession du malade, retrouver dans les antécédents des attaques de douleurs abdominales soulagées par la pression, regarder soigneusement s'il y a un liséré des gencives, voir si, dans le sang, il y a des


LES
SÉRODAUSSE
sérum activé de jeune taureau
sérum de jeune bovidé en croissance
HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU
ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
OVARIEN
sérum activé de génisse
HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
INSUFFISANCES OVARIENNES (CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)
FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT
PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS ABCÉDÉS, MASTOÏDITES, OSTÉO-MYÉLITES)
LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4e)

hématies ponctuées en se souvenant que celles-ci apparaissent d'une façon intermittente et qu'on les rencontre dans les leucémies et dans les anémies pernicieuses.

Le plomb peut être trouvé dans les urines, mais les tissus peuvent le retenir. Sur 200 malades examinés à la clinique Mayo, suspects de saturnisme, on trouva le plomb chez la moitié d'entre eux. Mais, d'autre part, chez des malades n'ayant pas de signes de saturnisme, le plomb fut trouvé dans les urines.

André Plichet.

M. Porritt. ***Effets cumulatifs de doses infinitésimales de plomb*** (*British medical Journal*, n° 3680, 18 Juillet 1931). — Il y a deux types de saturnisme: le type classique causé par des doses massives de plomb, l'autre moins connu produit par une saturation lente et insidieuse de l'organisme par des doses infinitésimales de plomb. Dans ce cas, il ne faut pas compter ni sur la colique de plomb, ni sur la paralysie radiale, ni sur le liséré, ni sur les hématies ponctuées pour faire le diagnostic.

Les symptômes de cette intoxication par doses minimes et continues de plomb consistent en de la somnolence, de l'apathie, de la faiblesse inexplicable, une diminution de l'activité physique et intellectuelle, en une constipation opiniâtre. On pense à une insuffisance surrénale ou thyroïdienne ou encore à une tumeur cérébrale. La clé du diagnostic se trouve dans l'examen des urines qui montre la présence du plomb.

Frappé par la plus grande mortalité de femmes enceintes par éclampsie dans certaines villes d'Angleterre, P. se demande si l'intoxication par le plomb à doses minimes ne joue pas un rôle important dans cet excès de mortalité, d'autant que les eaux potables de ces villes contiennent une plus grande quantité de plomb.

Le remède est simple: changer les conduites d'eau, filtrer sur charbon l'eau destinée à la consommation. Aucun traitement n'est à envisager: les émonctoires de l'organisme suffisent à éliminer le plomb ingéré de cette sorte quand l'intoxication est arrêtée.

André Plichet.

Guthrie et Middleton. ***Thrombose septique du sinus latéral chez l'enfant*** (*British medical Journal*, n° 3681, 25 Juillet 1931). — La thrombose septique du sinus latéral est rare. Dans 500 cas de suppuration de l'oreille moyenne, dont 80 cas de mastoïdite aiguë, on observa seulement 2 cas de thrombose du sinus latéral. La mortalité de cette complication est de 50 pour 100 malgré l'opération précoce; elle est probablement plus importante encore chez l'enfant. G. et M., à l'hôpital des Enfants-Malades d'Edimbourg, qui reçoit chaque année 150 à 200 enfants atteints d'otite moyenne, eurent l'occasion d'observer 5 cas de thrombose du sinus latéral durant ces trois années.

Un de leurs cas après ligature de la jugulaire eut un œdème de la face du côté opposé qui s'étendit les jours suivants à tout le cuir chevelu et peu de temps après un foyer métastatique de l'articulation de la hanche qui nécessita une intervention. A ce sujet G. et M. font remarquer la latence souvent fréquente des complications articulaires chez l'enfant et les erreurs de diagnostic qui peuvent être faites à cause de la reprise soudaine d'une fièvre élevée. Un autre cas mourut de septicémie sans qu'il fût possible de trouver une méningite ou un abcès cérébral. Enfin, chez un garçon de 11 ans, G. et M. observèrent après un écoulement insignifiant des deux oreilles une névrite optique et un œdème de la région de la nuque. A l'opération, il n'y avait pas d'abcès du cervelet, mais une thrombose limitée du sinus latéral. L'enfant guérit et la névrite optique rétrocéda.

André Plichet.

Collier. ***Deux cas de maladie de Lindau*** (*British medical Journal*, n° 3681, 25 Juillet 1931). — — La maladie de Lindau est maintenant bien connue surtout depuis que Cushing et Bailey en ont donné une description complète dans leur ouvrage sur les tumeurs des vaisseaux du cerveau.

La lésion essentielle de cette maladie est une tumeur néoplasique vasculaire du système nerveux central appelée par Cushing et Bailey: hémangioblastome, différente des malformations angiomateuses. L'angiome est composé seulement de tissu mésodermique tandis que l'hémangioblastome contient du tissu nerveux. La tumeur peut être solide et encapsulée ou partiellement kystique. Microscopiquement elle est composée de canaux sanguins séparés par des cellules épithéliales très nombreuses. Le contenu kystique semble être plus une formation exsudative qu'une dégénérescence. Cette tumeur se rencontre surtout au niveau du cervelet et parfois au niveau de la protubérance et de la moelle.

Associés à cette lésion primitive peuvent exister des angiomes de la rétine, des malformations ou des tumeurs des organes abdominaux comme des kystes du pancréas ou des reins, comme un hypernéphrome. La coïncidence d'un angiome de la rétine est du plus haut intérêt puisque c'est souvent le seul signe permettant de faire le diagnostic préopératoire. Enfin il est à signaler que dans 20 pour 100 des cas la maladie est familiale.

C. rapporte deux cas de maladie de Lindau. Le premier cas, concernant une enfant de 16 ans, se signala par des signes de compression cérébrale. A l'autopsie on trouva dans la protubérance un hémangioblastome et un hypernéphrome à la surface du rein droit.

La sœur de cette malade présenta également des symptômes cérébraux et on trouva à l'autopsie un kyste hémangioblastique du cervelet droit et un hypernéphrome du rein gauche. Dans ces deux cas on n'observa aucun angiome de la rétine.

André Plichet.

Dorothy J. Dow et W. Ernest Lloyd. ***La fréquence de la tuberculose et son mode de contagion chez les enfants de moins de 15 ans*** (*British medical Journal*, n° 3682, 1er Août 1931). — En se servant surtout de l'intra-dermo-réaction de Mantoux, test plus sensible que la cuti-réaction de Pirquet, D. et L. ont étudié la fréquence de la tuberculose chez 1.200 enfants de moins de 15 ans d'un quartier ouvrier de Londres.

La fréquence de la tuberculose chez les enfants augmente graduellement de la première enfance à la puberté. Elle est de 43 pour 100 pour les enfants de 0 à 15 ans. Entre 0 et 5 ans, elle est de 23 pour 100, de 5 à 10 ans, elle est de 39 pour 100; de 10 à 15 ans, elle est de 58 pour 100.

La tuberculose est légèrement plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Sa fréquence est doublée chez les enfants de 0 à 15 ans, quand ils sont en contact avec des malades atteints de tuberculose ouverte. La fréquence de la tuberculose des enfants de 0 à 5 ans est cinq fois plus grande quand ils sont en contact avec une tuberculose ouverte. Les enfants sont davantage contaminés par les crachats positifs d'un père que par ceux d'une mère. Enfin la tuberculose est plus fréquente chez les enfants habitant une maison malsaine.

André Plichet.

M. Greenwood. ***Remarques sur les facteurs différentiels des épidémies*** (*British medical Journal*, n° 3683, 8 Août 1931). — Etant donné l'impossibilité où l'on se trouve de suivre avec assez de recul la marche des épidémies au cours d'une vie humaine, étant donné également l'impossibilité d'assigner des caractères immuables, au cours des années, à une même maladie, G. s'est adressé, pour étudier la marche éventuelle des épidémies, à des animaux dont le temps de vie rend les observations possibles.

Dans des colonies de souris exposées à une infection sévère par pasteurellose ou par bacille aertryke, l'adjonction régulière de souris saines et une exclusion soigneuse de toute infection secondaire amènera la continuation de l'épidémie chez plusieurs générations.

Dans de petites colonies de souris, l'infection peut cesser; dans de grandes, elle sera perpétuée probablement indéfiniment. Il ne semble pas que des facteurs contingents puissent faire varier d'une façon appréciable la durée d'une épidémie.

L'immunisation préventive peut abaisser dans une certaine mesure la mortalité des animaux immunisés pendant les premières semaines de leur vie en colonie. Au bout d'un certain temps la mortalité des animaux immunisés et celle de ceux immunisés naturellement restent égales et importantes : une immunité sûre et durable n'a, jusqu'ici, été obtenue par aucune méthode.

Tout en faisant les réserves qu'il convient de faire en passant de la souris à l'homme, G. se croit autorisé à tirer de ses études des conclusions applicables aux épidémies humaines.

André Plichet.

R. Lees. ***Traitement de la paralysie générale par la malariathérapie*** (*British medical Journal*, n° 3685, 22 Août 1931). — L. a traité, à Edimbourg, 50 cas de paralysie générale par la malariathérapie comprenant 36 adultes et 14 paralysies générales juvéniles. Il s'est servi de la tierce bénigne sauf dans un cas où il s'est adressé à la fièvre quarte. L'inoculation se fit soit par voie sous-cutanée, soit par voie intra-veineuse suivant que l'on désirait une courte ou une longue incubation. Par voie sous-cutanée, l'incubation est en moyenne de 14 jours avec les extrêmes de 5 et de 22 jours. Par la voie intra-veineuse la moyenne est de 8 jours avec les extrêmes de 2 et de 15 jours. La période d'incubation ne varie pas avec la quantité de sang injectée, mais avec le nombre de parasites. Les malades qui ont contracté auparavant le paludisme peuvent être de nouveau impaludés. Il en est de même après une première malariathérapie, quoiqu'il semble y avoir une légère immunité plus durable.

Dans la plupart des cas, la fièvre, n'a pas présenté le type tertiaire, mais au contraire le type quotidien ou bien irrégulier. Le type tertiaire serait vu davantage quand les sangs sont incompatibles.

Plusieurs complications furent observées: l'herpès labial est fréquent; l'ictère a été noté dans beaucoup de cas; une jaunisse sévère se développa chez deux malades qui avaient contracté déjà le paludisme aux colonies; chez la plupart, on observe un certain degré d'anémie, mais le danger reste le collapsus cardiaque.

En moyenne, on laisse se développer 12 accès et on arrête la fièvre par la quinine ou la plasmoquine. Il est à remarquer que le paludisme inoculé de cette sorte n'a pas de rechutes après l'arrêt des accès, alors que le paludisme inoculé par les anophèles récidive dans 50 pour 100 des cas.

Après malariathérapie, L. poursuit le traitement par la tryparsamide et le bismuth à des doses élevées pendant trois ou cinq ans.

Les résultats furent les suivants: sur 50 cas traités, 28 pour 100 guéris, c'est-à-dire possibilité pour le malade de reprendre ses occupations normales sans symptômes mentaux avec disparition même dans certains cas des réaction sérologiques. La mortalité due à la malariathérapie fut de 10 pour 100.

André Plichet.

J. Mac Gibbon. ***Les bains et les maladies d'oreille*** (*British medical Journal*, n° 3685, 22 Août 1931). — G. a observé, à Liverpool, 17 malades atteints d'otite à la suite de bains de piscine ou de bains de mer. Seize d'entre eux avaient pré-

senté auparavant des affections de l'oreille ou des voies respiratoires supérieures. La proportion des baigneurs ayant contracté des otites en prenant des bains de mer est supérieure à celle des baigneurs qui ont été contaminés par l'eau polluée des piscines. G. conclut donc que l'otite aiguë consécutive aux bains est généralement d'origine endogène et rarement provoquée par une infection provenant de l'eau des piscines publiques. Par conséquent, il serait utile pour les baigneurs de se faire souvent examiner le nez et les oreilles. Cette mesure devrait être prise obligatoirement dans les écoles, et tout individu souffrant des oreilles ou des voies respiratoires supérieures devra être mis en garde contre le danger des bains froids pour lui-même et pour les autres.

André Plichet.

Oakley. ***Les indications de la phrénicectomie dans les bronchectasies*** (*British medical Journal*, n° 3686, 29 Août 1931). — La phrénicectomie a été moins employée dans les bronchectasies que dans la tuberculose. O., dans 17 cas de bronchectasie diagnostiquée cliniquement et radiologiquement au moyen du lipiodol, pratiqua la résection du nerf phrénique.

Dans quatre cas où les lésions étaient situées à la base du poumon et étaient unilatérales, le succès fut complet.

Dans un deuxième groupe de sept malades, l'amélioration fut lente. L'expectoration, qui était environ de 200 cmc, passa à 25 cmc pour se tarir complètement chez deux malades. Chez les sept malades, la toux resta à peu près la même, mais les hémoptysies ne reparurent pas chez les malades qui en avaient eu avant l'opération. Dans ce groupe, les lésions étaient unilatérales, mais étendues aux lobes supérieur et moyen.

Dans un troisième groupe de six malades, il y eut une amélioration passagère suivie d'une rechute.

O., de l'observation de ces cas, tire les conclusions suivantes : la phrénicectomie dans des mains expérimentées est une opération sans danger et les complications sont plus à redouter en théorie qu'en pratique. Dans les cas où les lésions sont strictement unilatérales, on est en droit d'espérer une guérison complète. Dans les bronchectasies unilatérales mais où les lésions s'étendent aux lobes moyen et supérieur, l'amélioration est de règle, mais on doit s'attendre à une rechute à moins que n'intervienne une thoracectomie. Dans les bronchectasies bilatérales avec lésions supérieures, le bénéfice de cette opération est très réduit. La phrénicectomie devrait toujours être l'opération préliminaire à une thoracectomie ultérieure et l'amélioration passagère qu'elle peut procurer ne doit pas faire négliger une opération plus étendue.

André Plichet.

Neale. ***La diarrhée infantile*** (*British medical Journal*, n° 3686, 29 Août 1931). — La mortalité des enfants atteints de diarrhée infantile a baissé en Angleterre. Sur 100 enfants atteints de cette maladie, 62 mouraient en 1905, alors qu'en 1925 la mortalité n'était seulement que de 23 pour 100.

Les microbes spécifiques des affections du tube digestif tels que le bacille dysentérique, les parathyroïdes peuvent se rencontrer dans les selles ainsi que des streptocoques et des pneumocoques appartenant à des races variées, en général la flore en est très abondante et diverse.

Les conditions atmosphériques ont une grande importance. Un été chaud et prolongé comme le fut celui de 1921, en Angleterre, amène un plus grand nombre de cas et une plus grande mortalité.

Il est à remarquer que les différents composants des sucs gastrique et pancréatique sont produits en petite quantité à l'exception de la trypsine, chez l'enfant, si bien que les hydrates de carbone et les graisses sont mal tolérés à la plus légère infection des voies digestives. D'autre part, la carence en vitamines et plus spécialement en vitamines A et B met le tube digestif en état d'infériorité pour résister aux infections.

La grande quantité de liquide expulsée rapidement de l'organisme amène une série de désordres : cétose, troubles de l'équilibre acido-basique, acidose ou alcalose suivant les cas.

Différentes formes cliniques sont observées : 1° L'iléo-colite aiguë qui débute brusquement avec des vomissements et des selles muqueuses sanglantes. Cette forme est en général produite par les bacilles dysentériques du type Flexner ou du type Sonne, plus rarement par le colibacille ou les paratyphiques. Les lésions intestinales peuvent aller jusqu'à la nécrose de la muqueuse; 2° La diarrhée fermentative amenant une distension considérable de l'intestin par les gaz; 3° L'intoxication aiguë alimentaire ou choléra infantile qui amène des selles extrêmement fréquentes, des vomissements, une température au-dessous de la normale et une tendance au collapsus accompagné de mouvements convulsifs. Plusieurs symptômes de cette forme ressemblent à ceux du choc anaphylactique aigu. On trouve à l'autopsie dans ces cas une dégénérescence des reins et du foie et parfois des hémorragies dans les surrénales.

Le traitement consiste dans la réhydratation du sujet. Il faut naturellement mettre l'enfant à la diète hydrique pendant vingt-quatre heures et lui donner des lavements d'eau salée tiède avec précaution. Si cela ne suffit pas et surtout en cas de vomissements, il faut faire des injections de sérum physiologique sous-cutanées à raison de 10 cmc par livre de poids, une ou deux fois par jour, ou des injections de sérum glucosé dans le sinus longitudinal supérieur ou dans la crosse de la saphène interne. Dans certains cas, on a été obligé de recourir à la transfusion faite dans les veines ci-dessus énoncées à raison de 15 cmc par livre de poids. L'usage des médicaments n'est pas à recommander, seules des petites doses de belladone peuvent calmer les spasmes. Réchauffer l'enfant en cas de grandes pertes d'eau. Ensuite, il faut recommencer l'alimentation progressivement en se souvenant que les protéines sont les substances les mieux tolérées. Les préparations dextromaltosées et le babeurre peuvent rendre de réels services.

André Plichet.

MEDICAL JOURNAL AND RECORD
(New-York)

A. Strickler (Philadelphie). ***Considérations modernes sur les teignes du cuir chevelu*** (*Medical Journal and Record*, t. CXXXIV, n° 4, 19 Août 1931). — S. passe en revue les recherches cliniques et expérimentales qui ont pu mettre en évidence le passage dans le courant sanguin, sous certaines conditions, des champignons agents pathogènes des teignes. Quelques hémocultures positives et un assez grand nombre d'expériences montrent la réalité de ce fait, mais il est probable que les champignons ne restent qu'un temps très court dans le sang. Les teignes, spécialement les formes profondes, peuvent exercer une influence sur l'état général du malade et sur la surface entière de la peau.

Quand les champignons sont détruits dans le courant sanguin il en résulte probablement une certaine sensibilité cutanée. L'explication la plus logique semble être que la majorité des manifestations cutanées secondaires résultent d'une allergie cutanée acquise; cependant dans quelques cas, elles semblent provenir d'une invasion directe d'origine hématogène.

Robert Clément.

C. Scheffel (Miami). ***Mycose des mains et des pieds*** (*Medical Journal and Record*, t. CXXXIV, n° 4, 19 Août 1931). — On a prétendu que 75 à 80 pour 100 de la population américaine était atteinte de mycose des pieds. Ces chiffres paraissent exagérés; néanmoins S. admet que ces mycoses existent d'une façon endémique et que si elles échappent au diagnostic, quelquefois pendant plusieurs années, c'est en raison de la grande variabilité de leur aspect clinique. Les manifestations primaires typiques sont des lésions vésiculaires discrètes ou coalescentes; plus tard, elles peuvent faire des squames ou, comme c'est fréquent, devenir pustuleuses White distingue 11 types différents de lésions. Les démangeaisons sont un symptôme associé subjectif important, les lésions de grattage modifiant l'aspect macroscopique des lésions primaires et provoquant, dans un certain nombre de cas, des infections secondaires.

Le diagnostic doit être fait par frottis et par culture, dont le développement est lent. Les mycoses des mains, des pieds et du torse affectent principalement la couche cornée de l'épiderme et atteignent rarement le derme, de sorte que les follicules pileux, les glandes sudoripares et sébacées ne jouent pas un rôle important au point de vue thérapeutique.

Le traitement doit débuter par une préparation kératolytique dont la plus commune est l'acide salicylique, ensuite il est nécessaire que la substance d'attaque contre le champignon soit incorporée dans un excipient compatible avec elle et qui soit absorbé par les couches les plus profondes de l'épiderme. Le pétrole, sous toutes ses formes, est un bon antimycosique; l'acide salicylique, les sels de cuivre, la chrysarobine, quelques huiles essentielles comme le thym et la cinnamome sont aussi fréquemment utilisés.

Le maximum d'effet thérapeutique dépend du choix de la substance employée, de son pouvoir curateur et de pénétration sans altérer les fonctions et la structure de la peau.

Robert Clément.

L. Oscar Levin et **S. H. Silvers.** ***Le traitement du psoriasis par un régime sans sel*** (*Medical Journal and Record*, t. CXXXIV, n° 4, 19 Août 1931). — Le psoriasis est encore assez commun, on peut l'observer dans 3 pour 100 des cas observés par les dermatologistes; on n'est jamais certain d'avoir un traitement efficace, aussi est-on toujours à l'affût de nouvelles suggestions thérapeutiques. Les causes du psoriasis sont inconnues; le caractère familial et héréditaire fait supposer le rôle important du terrain, et on a incriminé des troubles du métabolisme, particulièrement du métabolisme azoté, à la base de cette affection; d'autres y voient un trouble endocrinien. L. et S. ont observé qu'il n'y avait pas de transpiration au niveau des lésions psoriasiques et que, dans les autres régions, l'acidité de la sueur était augmentée par rapport aux chiffres de Talbert, considérés comme normaux. Il y aurait aussi tendance à une concentration plus élevée des chlorures dans la transpiration des psoriasiques.

En se basant sur ces faits, ils ont essayé un régime sans sel, composé surtout de légumes, fruits, céréales cuites, crèmes, pain sans sel, fromages crémeux, poissons et occasionnellement une côtelette d'agneau, café et thé. Un tel régime est alcalin et riche en vitamines. Pour hâter l'élimination du sel, les malades étaient soumis, en outre, à des bains turcs et l'on faisait des applications locales de graisse.

3 malades atteints de forme tenace de psoriasis ayant résisté aux méthodes usuelles de traitement, soumis à ce régime, ont donné des résultats très encourageants. Le premier traité n'a pas eu de rechutes depuis plus de sept mois. Outre les 3 observations rapportées, de nouveaux psoriasiques sont en cours de traitement avec un effet favorable, surtout ceux qui sont étroitement surveillés.

Chez les psoriasiques, les chlorures du sang sont restés dans les limites normales. La peau est le premier organe à augmenter ses chlorures lorsque ceux-ci sont ingérés en quantité et la première à perdre sa provision, lors de la déchloruration.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Pillsbury et **Stokes.** ***Myxœdème circonscrit de la peau*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXIV, n° 2, Août 1931). — P. et S. rapportent l'observation d'une jeune fille de 36 ans, atteinte de goitre exophtalmique (métabolisme basal + 55) et chez laquelle 6 mois après la thyroïdectomie apparurent de légers signes d'hypothyroïdisme et un an après on constata, au niveau des deux tibias, des placards nodulaires circonscrits de myxœdème. La biopsie montra une infiltration profonde du chorion avec de la mucine.

P. et S. ont observé 2 autres cas semblables, l'un chez une négresse de 35 ans, atteinte de goitre exophtalmique typique (métabolisme basal + 21), la thyroïde ne fut pas enlevée; l'autre chez un blanc de 49 ans (métabolisme basal + 53), les plaques pré-tibiales augmentèrent après la thyroïdectomie.

P. et S. rapportent brièvement 22 cas de myxœdème circonscrit qu'ils ont recueillis dans la littérature.

Les lésions myxœdémateuses affectent le type tubéreux, nodulaire ou papuleux; la plaque initiale siège habituellement dans la région prétibiale; il peut exister une infiltration diffuse de la face. La coexistence d'un goitre exophtalmique est fréquente.

Le diagnostic se pose avec le lichen plan tubéreux, le lympho-œdème filarien, la sclérodermie.

Parfois, les lésions sont améliorées par l'extrait thyroïdien ou les iodures; parfois, le résultat est nul; la plaque prétibiale peut d'ailleurs disparaître spontanément; dans certains cas, les iodures aggravent la lésion.

R. BURNIER.

Jacob. ***Zona bilatéral consécutif à un empoisonnement arsenical aigu*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXIV, n 2, Août 1931). — Un homme de 73 ans fut atteint, ainsi que d'autres membres de sa famille, de nausées violentes et de vomissements profus une demi-heure après avoir mangé des biscuits recouverts de farine. Il fut reconnu que cette farine renfermait de l'arsenic.

16 jours après l'empoisonnement, le malade se plaignit de céphalée et de douleurs dans le dos et les jambes; 2 jours après apparaissait un zona lombaire *droit* et un zona de la nuque *gauche* descendant sur le dos, le bras gauche et le tronc.

R. BURNIER.

B. Kahn. ***Le traitement des pyodermies par le bactériophage*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXIV, n° 2, Août 1931). — K. rapporte les excellents résultats qu'il a obtenus avec le stock bactériophage staphylococcique dans le traitement de diverses pyodermies: 9 cas d'acné, 1 orgelet, 1 trichophytie suppurée du pied, 5 cas de furonculose, 1 abcès ischio-rectal, 1 sycosis, 1 ulcération de la région sacrée chez un diabétique de 74 ans confiné au lit pour une gangrène du pied, 1 abcès alvéolo-dentaire.

La plupart des malades reçurent une injection de 2 cmc de bactériophage staphylococcique tous les 3 jours; quand une réaction trop vive se produisait, on n'injectait que 1 cmc. Si la réaction était faible après 2 cmc, on injectait 3 cmc. Une amélioration fut obtenue dans la proportion de 50 à 90 pour 100 des cas. Ce traitement est recommandable, quand les autres ont échoué ou quand la maladie ne fait plus aucun progrès.

Dans la furonculose par exemple, le pus devient liquide, s'évacue rapidement; les douleurs disparaissent, quelques minutes à une heure après l'injection ou l'application locale du bactériophage.

R. BURNIER.

Chargin et **Rosenthal.** ***La parotidite syphilitique*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXIV, n° 2, Août 1931). — C. et R. rapportent une observation d'une complication rarement observée au cours de la syphilis récente, une parotidite aiguë survenue chez un homme de 25 ans atteint de syphilis primaire et secondaire, avec alopécie; le traitement antisyphilitique amena la guérison rapide de la parotidite.

Les auteurs rapportent brièvement les 31 cas de parotidite syphilitique qu'ils ont recueillis dans la littérature.

Cette parotidite apparaît soit dans la syphilis récente, ordinairement vers la fin de la première année de l'infection, soit dans la syphilis tertiaire, soit dans la syphilis héréditaire tardive, vers la dixième année.

Dans la syphilis récente, la parotidite affecte le type aigu avec gonflement inflammatoire, un peu douloureux, rouge, des 2 parotides avec retentissement ganglionnaire. Les ganglions sont surtout volumineux, en cas de suppuration de la parotide. Parfois, on a signalé la coexistence d'une orchite, comme dans les oreillons.

Dans la syphilis tertiaire, la parotidite évolue d'une façon chronique et est habituellement unilatérale.

Un traitement antisyphilitique amène ordinairement la guérison et permet d'éviter une intervention chirurgicale.

Le diagnostic de parotidite syphilitique est facile à la période de début de la syphilis; il est plus difficile à la période tardive, où l'on peut errer avec toutes les tumeurs de la parotide: fibromes, tumeurs mixtes, lympho-sarcome, carcinome, etc., avec l'actinomycose de la parotide et la parotidite iodique.

R. BURNIER.

Busman et **Woodburne.** ***Maladie de Paget du gland*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXIV, n° 3, Septembre 1931). — Un homme de 43 ans a depuis 3 ans une lésion ulcéreuse de la face dorsale du gland. La base de cet ulcère arrondi, de 3 cm. de diamètre, est rouge, granuleuse, couverte de pus ou de croûtes; il n'y a pas de retentissement ganglionnaire.

La biopsie montra qu'il s'agissait d'une maladie de Paget avec dégénérescence carcinomateuse centrale. Il existait une hypertrophie épithéliale avec disparition des ponts intercellulaires de la couche de Malpighi, une infiltration sous-épithéliale de cellules rondes et des cellules de Paget.

R. BURNIER.

ACTA RADIOLOGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

E. G. Elis Bervine (Stockholm). ***Tumeurs malignes de l'amygdale : étude clinique avec mention spéciale du traitement radiologique*** (*Acta radiologica*, Supplément XI, 1931). — B. expose ici le fruit d'une expérience de quinze ans au Radiumhemmet de Stockholm. Il a pu suivre personnellement chacun des cas dont il rapporte les très nombreuses observations détaillées.

Sa méthode thérapeutique est rarement chirurgicale. Tous les cas traités à sa connaissance par la seule chirurgie ont été des échecs et ont hâté la dissémination néoplasique. Il réserve le bistouri électrique aux tumeurs radio-résistantes (tumeurs mixtes malignes) et l'évidement chirurgical suivi de radiations aux ganglions extirpables et résistants.

Dans la très grande majorité des cas, il utilise les émanations du radium. Pour la tumeur primitive, il se sert d'abord d'irradiations à distance ou « téléradium », avec lequel il tâte la susceptibilité de la tumeur. Pour les séries suivantes, il emploie le radium en aiguilles ou en surface.

Pour les ganglions, il utilise aussi le plus souvent le téléradium (Radiumgun de Lysholm), parfois aussi la roentgenthérapie.

Il préfère en somme le radium aux rayons X, car il peut limiter plus facilement à la seule tumeur l'action des irradiations, avec moins de réactions générales, moins de métastases secondaires et moins de récidives.

Il relate dans ses observations plusieurs cas de radionécrose, mais qui, quoique tardifs, se sont presque toujours terminés favorablement en quelques mois.

Il associe le radium local et les rayons X externes dans les sarcomes, et obtient jusqu'à 42 pour 100 de survies après trois ans, ce qui est manifestement très supérieur aux résultats obtenus partout ailleurs.

Mais ces traitements doivent être effectués dans l'espace de temps le plus bref possible, trois ou quatre mois, et les séances espacées de telle sorte que le processus de guérison une fois commencé, l'évolution se poursuive de façon régulière.

Des statistiques sont dressées par l'auteur pour chacune des quatre grandes classes des tumeurs qu'il distingue: carcinome, lymphoépithéliome, sarcome, tumeurs mixtes malignes. Il compare de façon détaillée sa technique aux diverses méthodes en usage dans le monde, et est fier de voir que ses résultats sont parmi les meilleurs, analogues à ceux de Coutard en France.

R. BOURGEOIS.

Erik Lysholm (Stockholm). ***Appareillage et technique de la radiographie du crâne*** (*Acta Radiologica*, Supplément XII, 1931). — Il s'agit là d'un ouvrage particulièrement intéressant pour le radiologiste qui y trouvera de nombreux documents, pour le neurologiste et tous les spécialistes (ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes) à qui l'interprétation des clichés craniens n'est pas toujours familière.

L. montre la nécessité d'un appareillage spécial et de techniques minutieuses; il recommande l'emploi de la stéréoradiographie.

La plus grande partie de cet ouvrage est consacrée aux différentes positions et incidences qu'il convient d'utiliser pour les multiples recherches que nécessite la pathologie du crâne et du système nerveux central. Chacune des positions est expliquée schématiquement et des figures montrent la direction des rayons à utiliser, la mise en place de l'appareil, l'image obtenue; une légende cite les noms à connaître.

Il s'agit là d'un travail extrêmement pratique, appelé à rendre les plus grands services.

MOREL KAHN

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

H. Welti. ***Du rôle de l'hyperparathyroïdisme dans certaines dystrophies osseuses et dans la polyarthrite ankylosante*** **(*Journal de Chirurgie*, t. XXXVIII, n° 5, Novembre 1931).** — Ce mémoire est un exposé critique de ce que nous savons des rapports de l'hyperparathyroïdisme avec les dystrophies osseuses, l'ostéite fibreuse kystique généralisée surtout, et la polyarthrite ankylosante d'une façon moins certaine. De faits cliniques, anatomo-pathologiques souvent opposés et de recherches biologiques toujours délicates, W. dégage les notions qui ont justifié le traitement chirurgical de la maladie de Recklinghausen et permis ainsi de faire cesser ou d'alléger le long supplice de quelques malades dont on trouvera, résumées, les 18 observations.

Ne gardant ici que les résultats positifs de l'examen critique, nous voyons que l'injection expérimentale de parathormones a permis à Collip de produire un état d'hyperparathyroïdisme caractérisé par l'hypercalcémie, l'hypercalciurie, l'atonie musculaire et terminé par des vomissements, de la diarrhée et l'arrêt mortel des fonctions rénales. L'excès de calcium circulant et éliminé s'y trouve en rapport avec une diminution de la réserve calcique du squelette, allant chez le rat, chez le cobaye, jusqu'à l'ostéoporose.

L'ostéite fibreuse kystique généralisée présente, isolés ou associés, ces mêmes signes d'hyperparathyroïdisme et, avec une fréquence remarquable, atteste leur origine par un état anormal des parathyroïdes, constaté, pour la première fois, sous forme d'adénome, en 1904, par Askanaky. Par elle, les lésions de décalcification squelettique sont portées au plus haut degré, associées, il est vrai, à des altérations fibro-kystiques que l'expérimentation n'a pu encore reproduire.

La détermination assurée d'un état opposé, symptôme à symptôme, d'hypoparathyroïdisme, par l'extirpation expérimentale ou chirurgicale des parathyroïdes, étant par ailleurs bien connue, l'indication opératoire apparut, et c'est Mandl qui, le premier, en 1925, par l'ablation d'un adénome, obtint le premier succès.

L'étude rapide des autres dystrophies, rachitisme, ostéomalacie, maladie osseuse de Paget, caractérisée elle aussi par la dégénérescence fibreuse mais non kystique, ne fait que montrer les côtés encore obscurs de la question et ne conduit à aucune conclusion opératoire.

La polyarthrite ankylosante, plus souvent que l'ostéite fibreuse, a été combattue par la parathyroïdectomie et aussi la thyroïdectomie partielle. Sur 56 cas (dont 1 de Leriche et Jung), 55 ont été opérés par Oppel et examinés par Ssamarin. Le résultat est donné comme favorable, avec régression de l'hypercalcémie existante, réveil de la tonicité musculaire, sédation brusque des douleurs, retour partiel de la motilité. Ici, la critique relève le caractère transitoire des améliorations, l'inconstance des signes d'hyperparathyroïdisme, l'amélioration obtenue de même par les thyroïdectomies et peut-être par les résections vasculaires.

Dans ses conclusions, W. rappelle que la parathyroïdectomie n'est justifiée que par le diagnostic certain de la nature de la dystrophie osseuse et la présence de tous les tests biologiques de l'hyperparathyroïdisme. Le premier d'entre eux, l'hypercalcémie, nécessite un dosage très délicat qui est effectué à la clinique chirurgicale de Vaugirard par la méthode néphélométrique dont on trouvera la technique à la fin du mémoire.

P. Grisel.

Chifoliau et Ameline. ***Technique de la parathyroïdectomie*** **(*Journal de Chirurgie*, t. XXXVIII, n° 5, Novembre 1931).** — La chirurgie des parathyroïdes, cela se lit entre les lignes de cette technique, est une chirurgie difficile. Les auteurs, dont l'un, Chifoliau, a publié la première observation française d'ablation d'un adénome parathyroïdien dans un cas d'ostéite fibreuse kystique, estiment à 50 pour 100 les cas de découverte difficile, douteuse ou impossible. L'opération blanche est promise au plus habile, soit qu'il ne trouve réellement rien, soit que le lobule enlevé apparaisse ensuite au microscope comme n'étant qu'un lobule graisseux ou une glande thyroïde accessoire. Aussi est-il légitime, dans ces cas douteux, de tenter la parathyroïdectomie physiologique conseillée par Leriche, en liant le bouquet terminal des branches de l'artère thyroïdienne inférieure dont l'une fournit le pédicule vasculaire de la parathyroïde cherchée.

L'ablation est indiquée, comme nous l'a montré le mémoire de Welti paru dans le même journal, surtout dans la maladie de Recklinghausen où elle est rendue plus aisée et plus souvent efficace, par ce fait que cette ostéite fibro-kystique généralisée entraîne, plus souvent que les autres dystrophies, une hypertrophie adénomateuse ou kystique des parathyroïdes.

Il ne peut être question ici de technique; rappelons seulement que, chez l'homme, les parathyroïdes internes sont discutées et qu'il n'y a que des parathyroïdes externes en nombre inconstant de 2, 3 et quelquefois 4, la plus constante, la plus accessible, étant l'inférieure. En conséquence, toute intervention doit être d'abord exploratrice, avec vérification des deux côtés, qui seule permet de décider légitimement de l'exérèse. Au point de vue anatomique, les parathyroïdes sont en dehors de la capsule propre du corps thyroïde et contenues avec lui dans une loge thyroïdienne lâche, décollable, où l'on pénètre après section transversale médiane des deux plans musculaires de la région. Les voies d'abord latérale ou médiane, avec section de l'isthme, sont déconseillées.

P. Grisel.

LE NOURRISSON
(Paris)

A.-B. Marfan et H. Dorlencourt. ***Accidents d'hypercalcémie consécutifs à des applications prolongées de rayons ultra-violets; entérolithes et concrétions calcaires sous-cutanées*** (*Le Nourrisson*, 19e année, n° 5, Septembre 1931). — Les accidents d'hypercalcémie dus à des applications trop répétées de rayons ultra-violets n'ont guère été étudiés jusqu'ici. L'observation suivante recueillie par M. et D. contribue à les faire connaître :

Une fillette, issue de parents syphilitiques, est atteinte d'une encéphalopathie congénitale avec idiotie, asthénie motrice, convulsions, et d'une insuffisance des fonctions digestives telle qu'elle n'a jamais pu tolérer non seulement une ration de croissance, mais même une ration d'entretien.

A l'âge de 13 ans, elle est prise d'un rachitisme subaigu qui, en quelques semaines, détermine un *genu valgum* extrêmement marqué; ce rachitisme s'accompagne de tétanie. Ces accidents coïncident avec de l'hypocalcémie et de l'hypophosphatémie.

L'enfant est soumise alors aux applications de rayons ultra-violets qui, en très peu de temps, font disparaître les symptômes de tétanie, arrêtent l'évolution du rachitisme, et amènent plus tard un redressement presque complet des membres inférieurs. Emerveillée de ces résultats, la famille loue une lampe de quartz à vapeur de mercure et, en dépit des réserves des médecins, continue les séances d'irradiations pendant 18 mois. On peut calculer que, durant ce laps de temps, la malade a subi 180 applications, ayant duré environ 70 heures. La médication n'a été supprimée qu'au moment de l'apparition d'une entéro-colite dysentériforme grave avec expulsion de calculs intestinaux nombreux, quelques-uns assez gros; ces calculs étaient composés de phosphate et de carbonate de chaux. Il est très vraisemblable que cette élimination excessive de sels calcaires par l'intestin a été la cause de l'entéro-colite dysentériforme ou tout au moins qu'elle en a favorisé le développement. En même temps que se montrent les symptômes de cette entéro-colite, des concrétions pierreuses apparaissent sous la peau du ventre, dans la région des muscles grands droits. La fillette est morte de cachexie, quelques mois après ces incidents.

En raison de diverses circonstances, l'examen du sang n'a pu être fait que deux mois après la cessation des applications des rayons ultra-violets; il ne contenait plus qu'un léger excès de calcium. Néanmoins, on ne saurait douter que la formation des entérolithes et des dépôts calcaires sous-cutanés n'ait été la conséquence d'une hypercalcémie prolongée et que celle-ci n'ait été due à l'application des rayons ultra-violets continuée pendant 18 mois.

G. Schreiber.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]
(Rome)

R. Grasso. ***Le problème des porteurs d'Entamœba histolytica*** (*Il Policinico*, [*sez. pratica*], tome XXXVIII, n° 39, 28 Septembre 1931). — Le problème de l'amibiase est à l'ordre du jour en Italie; aussi G. a-t-il recherché le pourcentage des porteurs d'amibes dysentériques chez 60 malades de la clinique de Catane, n'ayant ni antécédents, ni signes d'affection aiguë du tube digestif. L'examen a été fait après mise à un régime sans aliments végétaux et après purgation saline. Dans 21 cas, la recherche fut positive (35 pour 100), les amibes ne se trouvant que 4 fois sous la forme de kystes. 15 des porteurs d'amibes étaient hospitalisés pour diverses affections respiratoires, dont 10 pour des abcès pulmonaires aigus ou chroniques, proportion considérable qui ne semble pas attribuable à une pure coïncidence. Ayant examiné les selles de 10 personnes de la famille des malades, G. a trouvé chez 6 d'entre elles des amibes.

L. Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

F. Rocchi. ***Diagnostic et traitement de quelques formes morbides bronchiques et pulmonaires*** (*Minerva Medica*, 22e Année, t. II, n° 31, 4 Août 1931). — Ayant pratiqué la bronchographie lipiodolée dans 14 cas de suppuration pulmonaire, R. insiste sur les avantages de cette méthode pour le diagnostic et le traitement; dans 2 cas de gangrène pulmonaire ouverte, l'injection massive de lipiodol (30 à 40 cmc) fut suivie d'une guérison rapide et inattendue; le lipiodol paraît agir en obturant la fistule broncho-pulmonaire et la caverne, ainsi isolée du milieu bronchique septique, pourrait se cicatriser secondairement.

R. n'est pas partisan de la bronchographie chez les tuberculeux pulmonaires; dans quelques cas, le lipiodol persiste longtemps dans le poumon en donnant de nombreuses petites taches disposées comme celles de la tuberculose miliaire; les gouttes

d'huile iodée seraient donc susceptibles chez un tuberculeux pulmonaire de disséminer les bacilles dans tout l'organe.

Faite par voie transglottique après cocaïnisation de la trachée, la bronchographie est en général bien supportée et R. a pu la faire sans inconvénients chez une femme en état de grossesse avancée. Il a cependant observé un accident mortel chez un malade de 40 ans qui avait eu dans sa jeunesse des crises d'épilepsie et qui présentait une suppuration pulmonaire chronique; dès que la sonde fut introduite dans la trachée après anesthésie à la cocaïne et avant même que le lipiodol ait pu être injecté, le malade fut pris de convulsions tonicocloniques des quatre membres et des yeux, perdit connaissance et mourut en dix minutes, après des crises épileptiques subintrantes; l'anesthésie avait cependant été faite correctement et la quantité de cocaïne utilisée bien inférieure à la dose toxique.

L. Rouquès.

G. Ceruti. ***Modifications de l'équilibre acido-basique du plasma et de l'urine dans la diurèse par le novasurol*** (*Minerva Medica*, 22e année, tome II, n° 33, 18 Août 1931). — C. s'est proposé d'étudier les variations de l'équilibre acido-basique du sang et de l'urine en fonction de la diurèse, chez des sujets dont il augmentait la sécrétion urinaire sans léser le rein, en leur injectant par voie veineuse 1 ou 2 cmc de novasurol. Il a observé après l'injection une acidose sanguine traduite par la diminution de la réserve alcaline et l'abaissement du *pH* du plasma, et une alcalose urinaire mise en évidence par l'élévation du *pH* de l'urine et la diminution de son acidité potentielle.

L'augmentation de l'alcalinité urinaire peut être attribuée à l'action directe du novasurol sur les tubes, entravant leur pouvoir d'élimination des substances acides, ou encore à la diminution de la durée du séjour de l'urine dans les tubes, sous l'influence de la diurèse, empêchant la résorption des ions basiques. En tout cas, l'alcalose urinaire ne relève pas d'une diminution des acides ou d'une augmentation des bases de l'organisme, puisque l'on observe parallèlement une acidose sanguine.

L. Rouquès.

G. Boattini. ***L'action hypoglycémiante de l'acide chlorhydrique dans le diabète sucré*** (*Minerva Medica*, 22e année, tome II, n° 34, 25 Août 1931). — On n'admet plus l'existence d'un antagonisme absolu entre les sécrétions interne et externe du pancréas et les travaux de Zunz et Labarre ont montré que l'acide chlorhydrique jouait chez l'animal un rôle important dans la glycorégulation. B. a recherché si l'HCl avait la même action chez l'homme. Après ingestion d'HCl à jeun (XXX à C gouttes d'HCl officinal ou 50 cmc d'une solution à 0,5 pour 100), 6 diabétiques ont présenté, au bout d'une ou de deux heures, une hypoglycémie de 28 pour 100 en moyenne. L'HCl n'empêche pas l'hyperglycémie alimentaire produite par l'ingestion simultanée de 50 gr. de glucose, mais en diminue parfois la durée. L'étude en série de la glycémie a montré qu'elle pouvait baisser spontanément chez des diabétiques à jeun, mais cette baisse n'est pas comparable à celle qu'entraîne l'HCl. Chez les sujets normaux à jeun, l'HCl ne modifie guère la glycémie. L'interprétation de l'hypoglycémie chlorhydrique est encore difficile à donner et, en particulier, rien ne permet de dire qu'elle est simplement liée à la formation de sécrétine.

Ces recherches confirment donc l'existence de rapports entre la sécrétion gastrique et la fonction endocrine du pancréas; il paraît donc nécessaire d'envisager dans la pathogénie du diabète sucré, à côté du rôle fondamental de l'insuffisance pancréatique, un facteur gastrique: d'ailleurs, d'après Rabinowitch, Fowler et Vatson, l'hypochlorhydrie ou l'anachlorhydrie s'observeraient chez 89 pour 100 des diabétiques.

L. Rouquès.

U. Rondelli et F. Stoppani. ***Action des irradiations Rœntgen sur le sympathique*** (*Minerva Medica*, 22e année, tome II, n° 36, 8 Septembre 1931). — Après irradiation des capillaires et des artérioles de la peau, on observe des alternatives de vaso-dilatation et de vaso-constriction qui persistent jusqu'au douzième jour, date à laquelle elles font place à une vaso-dilatation permanente (Turano); on a attribué ces phénomènes soit à l'action directe des rayons sur les parois des vaisseaux ou sur les nerfs vaso-moteurs, soit à la mise en circulation locale de substances capables d'agir sur les capillaires; mais l'action sur le sympathique paraît prédominante, car on observe des modifications très comparables après la sympathectomie.

L'amélioration de certaines angines de poitrine après la radiothérapie semble relever d'un mécanisme purement nerveux et non vaso-moteur; la radiothérapie agit, en effet, comme l'alcoolisation du sympathique; l'hypotension semble due plus à l'action des rayons X sur le ganglion étoilé qu'à des phénomènes vaso-paralytiques généraux.

La radiothérapie donne dans certains troubles périphériques (claudication intermittente, ulcère trophique, érythromégalie) des effets comparables à ceux de la dénudation artérielle ou de la décortication des nerfs; elle semble donc agir directement sur les plexus muraux des gros vaisseaux ou sur les plexus sympathiques périnerveux.

L. Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

V. Vitalone. ***Variations qualitatives et quantitatives des globules blancs dans le sang circulant à la suite de diverses excitations: adrénaline, lait*** (*La Clinica Medica Italiana*, tome LXII, n° 8, Août 1931). — La réaction à l'adrénaline intéresse toutes les cellules circulantes du sang et surtout les lymphocytes; elle est due principalement à des phénomènes vaso-moteurs avec mobilisation des globules blancs non circulants des tissus (rate, moelle osseuse, foie), qui sont en partie des éléments jeunes (grands lymphocytes, polynucléaires à noyaux peu lobés); elle est précoce: 20 à 40 minutes après l'injection. Le degré de la réaction lymphocytaire dépend de la sensibilité de l'organisme aux actions mobilisatrice, vaso-motrice et chimico-physique de l'adrénaline; elle est donc irrégulière et capricieuse, variant d'un moment à l'autre chez un même malade; aussi n'a-t-elle pas une signification unique et nette; cependant, elle fait souvent passer dans la circulation des éléments immatures ou atypiques. Tout en reconnaissant que la lymphocytose adrénalinique manque habituellement dans les splénomégalies fibreuses, V. estime qu'elle ne dépend pas de la rate, car elle peut être forte chez des sujets splénectomisés.

La réaction au lait a des caractères bien différents; elle apparaît tardivement, avec la fièvre, 6 à 9 heures après l'injection; elle consiste presque uniquement dans une néo-production de polynucléaires neutrophiles; elle est constante chez les sujets dont la moelle osseuse a gardé sa faculté de réagir et peut être utilisée comme épreuve fonctionnelle de ce tissu.

Les réactions au lait et à l'adrénaline sont indépendantes l'une de l'autre; chez un même malade, elles peuvent être opposées.

L. Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA
(Turin)

L. Cattaneo. ***Sur la diffusion du virus vaccinal dans l'organisme du lapin; considérations sur la pathogénie de la variole humaine*** (*Archivio Italiano di Anatomia e Istologia patologica*, tome II, n° 4, Juillet-Août 1931). — Certains virus vaccinaux, lorsqu'ils sont inoculés sur la peau ou injectés dans les veines, sont capables de provoquer chez le lapin une maladie générale rapidement mortelle, caractérisée par l'éruption de pustules ombiliquées sur la peau et les muqueuses, et par des lésions macro et microscopiques de tous les organes, mais spécialement du poumon, du foie, des capsules surrénales, de la rate et du péritoine. Ces lésions sont constituées histologiquement par des nodules nécrotiques, sans processus inflammatoire à leur périphérie; ils paraissent se développer primitivement dans le mésenchyme (tissu conjonctif sous-séreux et gaines vasculaires) et se propager secondairement à tous les parenchymes; il s'agit de lésions vaccinales spécifiques qui ne relèvent pas d'infections intercurrentes, comme le prouvent l'échec des cultures et la production constante de réactions vaccinales après leur inoculation à d'autres lapins, en particulier dans la vaginale (méthode d'Ohtawara). L'intensité de la maladie provoquée n'est pas liée seulement à l'âge et à la résistance du lapin, mais surtout à la virulence du virus; il faut employer un neuro-vaccin, après passages répétés sur le testicule et le cerveau.

Cette maladie du lapin présente beaucoup d'analogies cliniques et histologiques avec la variole humaine dont les lésions ne sont pas limitées à l'ectoderme; d'ailleurs, il paraît établi que certaines au moins des souches de neuro-vaccin dérivent de virus varioliques. On pourrait donc concevoir le virus variolique comme un virus capable d'attaquer les tissus ectodermiques et mésenchymateux et, par suite, de se diffuser dans tout l'organisme; cette propriété fondamentale de diffusion s'atténuerait pour finalement disparaître, au cours des passages successifs sur la peau des bovidés, et le virus, ne gardant plus de virulence que pour l'ectoderme, deviendrait le dermo-vaccin ou virus vaccinal commun. Après de nombreux passages sur le lapin, animal particulièrement sensible à l'infection vaccinale, le dermo-vaccin pourrait reprendre son ancienne faculté d'atteindre les tissus mésenchymateux et reproduire un tableau très voisin de celui de la variole humaine. Mais, avant de tenir cette conception pour démontrée, C. estime qu'il faudra obtenir la certitude que le neuro-vaccin dont il s'est servi dérive bien d'une souche variolique et, pour cela, voir si un virus indiscutablement d'origine variolique se comporte de la même façon.

L. Rouquès.

C. Cioni. ***Sur la fonction lipodiérétique et le système réticulo-endothélial du poumon*** (*Archivio Italiano di Anatomia e Istologia patologica*, tome II, n° 4, Juillet-Août 1931). — C. a étudié chez le lapin, le chat et le chien les phénomènes histologiques et histochimiques de la lipodiérèse pulmonaire. Les divers éléments du poumon se comportent différemment vis-à-vis des substances grasses qui leur parviennent par voie sanguine ou bronchique. Les cellules alvéolaires ont une fonction lipodiérétique plus marquée que celle de tous les autres éléments et une fonction lipopexique évidente pour les graisses, que celles-ci leur arrivent par le sang ou par les alvéoles. Les cellules de l'épithélium bronchique paraissent intervenir dans le métabolisme des graisses en les éliminant après injection intraveineuse ou en les absorbant après injection intratrachéale et finalement en les modifiant chimiquement. Les graisses neutres se retrouvent dans les divers constituants de l'organe et surtout dans les cellules alvéolaires et bronchiques, à l'état d'acides gras, de combinaisons cholestériniques variées et de lipoïdes.

L'existence d'éléments dépendant du système réticulo-endothélial dans le poumon est indiscutable; après injection de colorants dans les veines, on observe dans les diverses cellules du poumon, y compris les cellules à poussière, une activité granulopexique. Un tissu réticulé abondant unit entre eux ces éléments, complétant le système.

L. Rouquès.

ANNALI DELL' ISTITUTO MARAGLIANO (Gênes)

E. Casabona. ***Recherche de l'hormone hypophysaire antérieure par l'enzymoréaction pour le diagnostic précoce de la grossesse*** (*Annali dell' Istituto Maragliano*, 3e série, tome I, n° 2, Mars-Avril 1931). — C. a recherché l'hormone hypophysaire antérieure dans le sérum de femmes enceintes par l'enzymo-réaction de Sivori et Rebandi; cette réaction est basée, comme celle d'Abderhalden, sur la présence dans le sang de ferments produits par l'organisme lorsqu'il y pénètre un antigène; mais au lieu de mettre au contact du sérum à étudier un extrait hypophysaire à molécule protéique intacte, on emploie un extrait désintégré par une digestion chlorhydropeptique incomplète, à un stade intermédiaire entre les peptones et les aminoacides et, par suite, plus facilement attaquable par les ferments.

Chez 15 femmes enceintes de moins de 6 mois, la réaction fut 13 fois positive, 2 fois douteuse; chez 20 femmes dans la seconde moitié de la grossesse, la réaction fut positive 17 fois, douteuse 2 fois, négative dans le dernier cas; chez 14 femmes atteintes d'affections génitales variées mais non enceintes, il y eut 11 réactions franchement négatives et 3 réactions incertaines qui doivent être considérées comme négatives. Avec des extraits désintégrés de cœur ou de cerveau, C. n'a obtenu que des réactions négatives chez les femmes enceintes ou non; avec des extraits d'ovaire, il a observé quelques réactions positives.

Comparée à la méthode de l'injection d'urine à la souris impubère, l'enzymo-réaction donne un pourcentage de succès presque aussi élevé, mais elle a l'avantage d'une plus grande simplicité.

L. Rouquès.

SPITALUL (Bucarest)

N. Vasilesco et **D. Bois** (Bucarest). ***Les hémoptysies homolatérales au cours du pneumothorax artificiel*** (*Spitalul*, t. LI, n° 9, Septembre 1931). — V. et B. étudient dans cet article les hémoptysies qui proviennent du poumon collabé.

Ces cas sont rares. On peut avec Sergent et Bresson leur reconnaître trois causes:

1° Hémoptysies traumatiques, dues à la piqûre du poumon par l'aiguille et s'observant surtout lors de la première insufflation. Elles sont minimes et revêtent rarement les caractères d'une véritable hémoptysie. Cependant dans un cas, l'hémorragie dura deux jours et atteignit environ 250 gr.

2° Hémoptysies mécaniques. Celles-ci se divisent en hémoptysies de compression, hémoptysies de décompression et hémoptysies de traction. La dénomination d'hémoptysies de compression est impropre parce que la compression du poumon peut être hémostatique, mais non hémorragipare. Ce sont les facteurs locaux: présence d'anévrysmes de Rasmüssen dans la paroi des cavernes et leur friabilité, qui jouent le rôle principal dans la production de ce genre d'hémoptysies. Il s'agit alors de grandes hémoptysies qui emportent les malades avant qu'on ait le temps de leur porter secours. Pour les éviter, les insufflations devront être suffisamment répétées et abondantes pour entretenir dans la plèvre une pression médiocre.

V. et B. en rapportent 2 cas.

I. Malade de 25 ans atteint de tuberculose pulmonaire bilatérale avec excavations à droite et infiltration périhilaire à gauche. Pneumothorax à droite; injection de 400 cmc d'air avec pression terminale de — 2. Dès le soir, abondante hémoptysie, qui va en augmentant et amène la mort du malade en 4 jours, malgré tous les traitements. Pas d'autopsie.

II. Malade de 32 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire avec, à droite, cavernes et pneumothorax avec exsudation; à gauche, envahissement hilaire. Insufflation nouvelle de 300 cmc, à droite, le 25 Janvier. Sans aucun signe prodromique, le 2 Février, hémoptysie foudroyante. L'autopsie ne permet pas de reconnaître la source de l'hémorragie.

3° Hémoptysies évolutives. Celles-ci, dont V. et et B. citent un exemple non mortel, n'offrent rien de particulier. Il s'agissait d'un cas où la compression n'était pas totale. Leur traitement sera celui des hémoptysies ordinaires.

M. Guiaé.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

F. Naville. ***A propos de l'idiotie amaurotique familiale de Sachs*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXI, n° 36, 5 Septembre 1931). — N. rappelle que cette affection, d'abord décrite par Tay, puis au point de vue histologique par Sachs, débute dès le 3e ou le 5e mois chez des enfants remarquablement robustes et se manifeste par une diminution des mouvements intentionnels avec état flasque ou légèrement spasmodique puis atrophie grise des deux nerfs optiques, parfois un peu de rétinite pigmentaire, et la mort survient, en général, à la fin de la seconde année après disparition de toute vie affective ou intellectuelle.

Les lésions histologiques ne montrent rien d'inflammatoire et notamment pas de syphilis. Par contre, toutes les cellules nerveuses nobles de l'écorce, des noyaux centraux, de la moelle, de la rétine, etc., présentent une dégénérescence avec homogénéisation du plasma interfibrillaire et désintégration des corpuscules de Nissl. Cependant, on constate également des lésions de la névroglie. L'idiotie amaurotique est donc une dégénérescence de toutes les cellules ectodermales.

Mais il existe en outre des lésions fasciculaires étudiées d'abord par Frey : rareté des fibres souscorticales dans le lobe frontal, démyélinisation des capsules internes et externes, des voies pyramidales et aussi du faisceau de Gowers. Les faisceaux altérés sont ceux qui sont myélinisés le plus tard. Il s'agit d'agénésie et non de dégénérescence secondaire. Pour N. ces lésions révèlent un arrêt de développement remontant au 6e mois intra-utérin. Cet auteur a observé dans un cas un type fœtal de l'encéphale.

Il est remarquable que ces aplasies fasciculaires sont strictement limitées aux systèmes qui se développent plus tard dans la série animale comme dans le développement du fœtus. On constate également la béance des scissures rolandiques et sylviennes, de l'agénésie frontale, une architectonique corticale de type animal, etc. Cependant Wenderowick a décrit récemment des altérations dégénératives acquises disséminées dans tous les faisceaux.

Il paraît s'agir d'une maladie de l'évolution des cellules nerveuses apparentée aux myopathies et aux myélopathies. Mais on ne peut étudier les lois de sa transmission parce qu'elle entraîne une mort très précoce. On ne connaît que deux exceptions à la règle d'après laquelle ce sont exclusivement des enfants d'origine juive polonaise qui sont atteints de cette maladie.

Vogt a décrit des formes juvéniles et atypiques plus tardives, familiales, dans lesquelles le rôle de la race est moins caractérisé, dont l'évolution dure plusieurs années et dont les formes cliniques sont très variables. Bien que tout le monde ne soit pas d'accord pour ranger cette forme dans le même cadre, N. considère cependant qu'il y a lieu d'édifier une vaste synthèse sur la base des constatations histologiques et réunissant les formes tardives et quelquefois atypiques.

P.-E. Morhardt.

Léon Asher. ***L'influence des nerfs sympathiques sur les muscles volontaires*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXI, n° 36, 5 Septembre 1931). — On a longtemps admis avec Pekelharing que les nerfs volontaires sont en relations avec les contractions normales du muscle et que les nerfs sympathiques sont en relations avec le tonus musculaire. Mais cette opinion est devenue de moins en moins sûre au fur et à mesure qu'on arrivait à faire des expériences plus précises.

Ainsi Newton a pu extirper des ganglions sympathiques d'un côté sans toucher aux nerfs moteurs et sans faire apparaître de différences du tonus musculaire. Néanmoins Boeke semble avoir réussi à mettre en évidence une innervation sympathique des muscles. Orbeli d'autre part a constaté que la réparation de la fatigue musculaire se fait plus facilement quand on stimule le sympathique, ce qui a été confirmé par Maybach. En outre, le fait de plonger dans une solution d'adrénaline un muscle fatigué a des effets analogues. La fatigue est d'ailleurs un phénomène complexe. Il s'agit de savoir sur quel élément de la fatigue agissent les nerfs sympathiques.

Labhardt a montré que le fait de ralentir la fréquence de stimulation et le fait de stimuler le sympathique agissent sur deux éléments différents de la fatigue. On est ainsi amené à admettre que la stimulation du sympathique accélère les processus de réparation. Les observations de Charlet parlent en faveur de ce fait car elles montrent que pendant la première partie de la contraction, on observe, sous l'influence de la stimulation du sympathique, des symptômes de fatigue moins marqués. En somme, il semblerait qu'il y ait identité d'action entre la stimulation du sympathique et l'adrénaline. Les deux facteurs rendraient de nouveau perméable la terminaison du nerf moteur. Mais d'après A. cette hypothèse n'est pas exacte. Mischol, en empêchant avec le curare les impulsions d'arriver aux muscles en passant par les terminaisons motrices, montre que ce traitement n'empêche pas la stimulation du sympathique de favoriser la respiration du muscle fatigué.

D'un autre côté, dans des conditions normales, l'efficience du muscle volontaire est influencée par des impulsions arrivant par des voies sympathiques. Cette action peut passer par les nerfs sympathiques décrits par Boeke et, si ces nerfs n'existent pas, agir sur les vaisseaux sanguins un peu à la manière de l'adrénaline.

P.-E. Morhardt.

H. Brunschweiller. ***Les mouvements involontaires*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXI, n° 36, 5 Septembre 1931). — B. montre que l'étude des mouvements involontaires date surtout de la découverte de la dégénérescence hépato-lenticulaire par Wilson. Parmi ces mouvements involontaires figurent, en dehors de la chorée rhumatismale, les chorées infectieuses, toxiques, réflexes, gravidiques et enfin la chorée de l'encéphalite épidémique qui peut devenir chronique. Les troubles moteurs peuvent rentrer dans le parkinsonisme, ou dans le groupe de l'hyperkinésie. En tout cas, les phénomènes observés à la suite des épidémies d'encéphalite léthargique ont démontré l'organicité des syndromes excito-moteurs trop souvent rangés dans la catégorie des névroses.

Parmi les troubles consécutifs à cette maladie figurent les mouvements athétosiques d'aspect classique, dus à des variations soudaines et conditionnelles du tonus musculaire, apparaissant ou s'exagérant toutes les fois qu'un renforcement du tonus musculaire est nécessaire. Il ne s'agit pas là de contractions spasmodiques mais peut-être d'un déficit du tonus d'attitude. Les torticolis spasmodiques sont intéressants à cause de leurs rapports étroits avec les crises de déviation des yeux. L'encéphalite détermine encore des attitudes de rigidité décérébrées.

Les myoclonies, groupe auquel appartiennent les tics, le hoquet encéphalitique, etc., sont rythmiques, elles présentent une fréquence variable d'un individu à un autre, mais elles sont constantes chez un même sujet. Ces manifestations sont plus fréquentes à la période aiguë de l'encéphalite et les malades arrivent parfois à les prévenir en exécutant un geste antagoniste. Ces troubles ont été rattachés à des lésions médullaires. Mais une origine striée paraît plus vraisemblable ou encore des lésions du dentatum ou du pédoncule cérébelleux supérieur de l'olive inférieure ou, d'après les derniers travaux, du faisceau central de la calotte.

Les tics qui ne relèvent pas d'une myoclonie ne peuvent pas être considérés comme purement psychopathiques. Ils ont, comme le veut Klippel, une origine des plus variées : ganglionnaire, médullaire, réticulaire, corticale, sous-corticale.

Dans un cas dont B. donne quelques fragments de films, des gestes comme par exemple celui qui consiste à porter une cuiller de soupe ou une pipe à la bouche, c'est-à-dire qui exigent l'élévation du bras droit, font constater que la tête d'abord puis le tronc et en fin de compte le bras droit lui-même sont rejetés en arrière. Il s'agit d'une modification d'attitude en réponse à un déplacement du membre analogue au réflexe de maintien décrit par Magnus et Kleyn. Dans un cas comme celui-là, où il y a en somme exagération d'un réflexe de posture, on doit penser à une émancipation d'un automatisme postural. D'ailleurs la désagrégation des équilibres statiques et cinétiques peut se faire automatisme par automatisme, bien que les réflexes de posture aient pour origine des éléments disséminés dans les diverses parties du système nerveux central.

Dans un autre cas il s'agit d'un sujet qui présente un accès fébrile suivi de prostration très marquée puis d'un état d'inquiétude et de malaise localisé dans le bas de la figure. Bientôt au cours d'un repas, le malade ne peut pas s'arrêter de mâchonner. Cet état s'exagère et donne lieu à des crises d'hyperkinésie dans lesquelles interviennent tous les muscles de la face par des contractions tantôt cloniques tantôt toniques et qui évoquent le tableau d'une bête fauve dévorant une proie parfois avec effort. Une hyperkinésie si nettement coordonnée ne peut pas être considérée comme hystérique. Mais on peut songer à une pathogénie d'ordre épileptique. Il s'agirait de l'apparition d'un automatisme représentant un mécanisme hautement différencié servant à un but végétatif important, d'une épilepsie à point de départ sous-cortical et extra-pyramidal. D'ailleurs les phénomènes cloniques observés dans ce cas doivent faire songer à une fonction sous-corticale comme les myoclonies ou comme les mouvements rythmiques du fœtus, comme Minkowski l'a montré.

Il n'y a donc pas de raison de chercher la cause de la rythmicité du clonus épileptique dans le cortex. Des explications de ce genre s'appliquent également à de petits complexes fonctionnels. Le substratum anatomique de ces troubles est encore très hypothétique. Il semble cependant que des lésions du strié et du cortex soient possibles comme dans la chorée de Huntington où il y a, comme chez ce malade, incapacité de rompre une succession rythmique de mouvements.

P.-E. Morhardt.

F. de Quervain. ***Contribution de la Suisse à la chirurgie de la moelle*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXI, n° 36, 5 Septembre 1931). — Q. rappelle d'abord les travaux de Kocher datant de 1897 et dans lesquels cet auteur a particulièrement étudié la localisation des lésions et les réflexes. Plus tard, Villiger et Bing ont fait paraître une œuvre didactique importante sur les affections de la moelle. Depuis lors, les expériences faites en Suisse n'ont pas été réunies dans un travail d'ensemble. Aussi Q. a-t-il fait une enquête auprès des membres de la Société suisse de chirurgie et obtenu 33 réponses indiquant qu'au total il avait été fait 53 interventions pour tumeurs (avec 25 guérisons), 154 pour traumatismes ou autres lésions pathologiques du canal médullaire (18 guérisons et 28 améliorations), 21 trépanations décompressives dans la spondylite (9 guérisons), 27 opérations de Foerster avec 11 résultats bons ou satisfaisants. Mais cette statistique qui donne une mortalité post-opératoire globale de 17 pour 100 est un peu vieillie dans beaucoup de ses éléments, de sorte que les résultats obtenus aujourd'hui doivent être considérés comme meilleurs.

Au point de vue technique, l'auteur rappelle qu'il a introduit le décubitus ventral dans les premiers jours qui suivent l'intervention pour éviter les fistules de liquide céphalo-rachidien. Il a également introduit une pince à deux mains qui permet d'ouvrir le canal médullaire vite et sûrement.

Dans le domaine des lésions traumatiques de la moelle, Q. constate que les chirurgiens suisses se sont surtout attaqués aux séquelles tardives, bien que Bircher préconise dans tous les cas récents avec phénomènes médullaires la laminectomie suivie d'une implantation de greffons osseux. De même Perret recommande une révision opératoire de tous les cas de lésions traumatiques de la moelle quand il n'y a pas de section transversale totale. L'intervention décompressive dans la paraplégie du mal de Pott donne des résultats favorables mais la formation d'une fistule secondaire peut compromettre ces résultats. L'intervention de Foerster est remplacée actuellement par l'opération de Stoffel. Q. remarque, en terminant, qu'il ne s'est pas créé, en Suisse, de chirurgiens spécialisés dans la neurologie.

P.-E. Morhardt.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Munich, Vienne)

J. Fernbach et **A. Dekker.** ***Hypoglycémie insulinique dans la maladie d'Addison*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 38; 19 Septembre 1931) — Bien qu'il existe un certain parallélisme entre les symptômes de l'hypoglycémie insulinique et le degré de l'hypoglycémie, néanmoins, ces symptômes ne peuvent être rattachés que pour une part à la diminution du sucre du sang.

Le sujet examiné par F. et D. est une femme de 40 ans qui présente, depuis neuf mois, des signes de maladie d'Addison qui vont en s'accentuant (pigmentation très marquée, perte des forces, abaissement modéré de la pression, etc.). Les recherches ont consisté à injecter d'abord 5 puis, au cours d'une seconde épreuve, 10 unités d'insuline et à étudier les modifications de la glycémie, du pouls et de la pression qui se sont produites dans ces conditions. L'analyse des courbes ainsi obtenues montre une diminution considérable et rapide du sucre du sang. Avec 5 unités, la courbe s'est abaissée jusqu'à 30 et avec 10 unités, au-dessous de 25. Dans le premier cas, la malade n'a accusé aucune sensation. Dans le second cas, elle s'est plainte, trente-six minutes après l'injection, alors que la courbe continuait à s'abaisser, d'une sensation de chaleur, puis elle perdit connaissance pendant quatre minutes alors que la pression systolique descendait à 66 cm.

Au cours de la première épreuve, on a constaté une élévation de la pression systolique et un abaissement de la pression diastolique, c'est-à-dire des phénomènes qui sont, d'une façon typique, dus à l'adrénaline. Au cours de la deuxième épreuve, la syncope intervenue a modifié la courbe de la pression. Néanmoins, il faut admettre que, chez cette malade, l'injection d'insuline a déterminé une production réactive d'adrénaline. Mais on constate en même temps que la régulation est insuffisante parce que l'hypoglycémie a été considérable en même temps que prolongée. La production d'adrénaline est donc moindre que normalement. L'absence de symptômes après injection de 5 unités parle dans le même sens. Mais après 10 unités, on ne constate rien qui fasse songer à une brusque arrivée d'adrénaline et notamment pas de sentiment de pesanteur sur le sternum ni de tachycardie. De plus, la sensation de faim a complètement manqué.

L'étude de la formule sanguine a mis en évidence une lymphocytose déjà dix minutes après l'injection d'insuline. En outre, la leucocytose qui est normalement provoquée par l'adrénaline a manqué.

L'abaissement de la pression sanguine qui est observée en cas de maladie d'Addison est généralement attribuée à l'insuffisance de la production d'adrénaline. Mais Szent Györgyi a réussi à trouver dans l'écorce de surrénales une substance cristalline dont l'absence provoquerait l'apparition de la pigmentation. On pourrait donc admettre que dans ce cas où la pression n'était pas très basse, il y aurait eu destruction de l'écorce, tandis que la moelle et la production d'adrénaline auraient persisté au moins jusqu'à un certain point.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague, Vienne)

H. H. Schmid. ***Thyroïde et grossesse*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVII, n° 26, 26 Juin 1931). — S. passe en revue les actions que peut exercer la sécrétion thyroïdienne sur la grossesse, et inversement.

L'augmentation de volume du corps thyroïde au cours de la grossese peut être considérée comme physiologique, et s'observe dans 65 à 90 pour 100 des cas.

L'opothérapie thyroïdienne a été essayée, pour des raisons théoriques, dans l'éclampsie surtout, plus rarement dans les vomissements de la grossese, dans les psychoses puerpérales. S. est sceptique sur les résultats. On pourrait l'essayer pour prévenir les avortements répétés des premiers mois. Siedentopf l'a employée, chez les femmes à bassin rétréci, pour essayer de diminuer le volume et le poids de l'enfant.

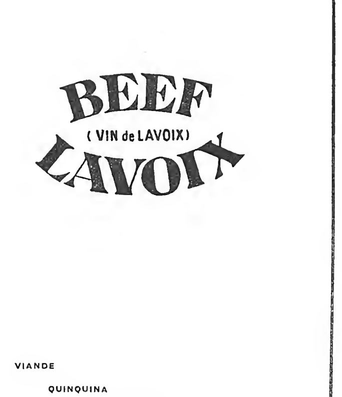
Chez les goitreuses, la grossesse provoque quelquefois une augmentation de volume (hyperplasie ou hématomes) suffisante pour comprimer les voies aériennes. La strumectomie partielle s'impose alors.

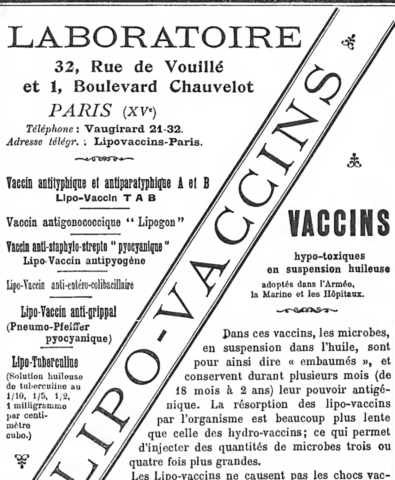
Chez les hypothyroïdiennes, la grossesse est relativement rare. Elle peut aggraver l'état endocrinien. Mais, du moins expérimentalement chez l'animal, elle peut l'améliorer, par suite de l'intervention du corps thyroïde du fœtus, dont la sécrétion est normale.

Chez les hyperthyroïdiennes, au moins dans les formes sérieuses, les statistiques semblent montrer que la fécondité est diminuée. Les anciens auteurs (Charcot, Kocher) admettaient que la gravidité pouvait améliorer la maladie de Basedow. Actuellement, on tend au contraire à admettre, avec Seitz, que, si 40 pour 100 des maladies de Basedow ne subissent aucune modification du fait de la grossesse, il se produit, dans les 60 pour 100 restants, une aggravation de la maladie thyroïdienne. Cette aggravation se manifeste le plus souvent dès les premiers mois, quelquefois pour s'atténuer par la suite; plus rarement, elle n'apparaît qu'à la fin de la grossesse, ou même pendant les suites de couches.

Le traitement iodé, la radiothérapie ne paraissent pas, jusqu'à plus ample informé, présenter de particularité notable au cours de la grossesse, et la thyroïdectomie peut donner d'aussi bons résultats que d'habitude au cours de cet état; les risques sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse. Mais, en outre, dans les cas un peu sévères, la question peut se poser d'interrompre la grossesse,









et S. a, personnellement, pratiqué trois fois cette intervention chez des basedowiennes.

La maladie de Basedow ne semble pas prédisposer à l'avortement spontané; mais, lors des avortements observés en pareil cas, le fœtus est souvent macéré, ce qu'on peut attribuer à une action toxique. Les enfants nés vivants sont souvent débiles.

J. Mouzon.

F. Reiche. ***Gangrène pulmonaire d'origine traumatique par aspiration de corps étranger*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVII, n° 26, 26 Juin 1931). — Un homme de 58 ans a été pris, au mois d'Août, à deux reprises différentes, pendant un repas, d'un étranglement violent, avec sentiment d'étouffement angoissant et cyanose. Le malaise a cessé très vite. Mais, dans les semaines qui suivirent, le malade eut, à deux reprises différentes, un frisson assez intense. Le 11 Novembre, après un nouveau frisson, plus violent, la fièvre s'installa avec des oscillations irrégulières. La toux fit son apparition, et on constata des signes de foyer pleuro-pulmonaire à la partie moyenne du poumon gauche. Le 17 Novembre, l'expectoration, jusqu'alors mousseuse et blanche, devint hémoptoïque, et, le 21, elle devint abondante, visqueuse, fétide. Le 24 et le 25, on découvrit, dans les crachats, une série de fragments pointus, de quelques millimètres de long, et de coloration noirâtre, qui, au microscope, présentaient une structure amorphe, et semblaient constitués de charbon. La flore était composée surtout par de longues chaînettes de streptocoques et par du tétragène. Le 29 Novembre, l'examen radioscopique montrait à gauche une ombre qui coupait la partie moyenne du poumon, et dont la partie centrale paraissait commencer à s'excaver.

L'amélioration se manifesta assez vite, dès la première quinzaine de Décembre. En Janvier, la fièvre, la fétidité des crachats, les signes en foyer de la partie moyenne du poumon gauche avaient disparu; un examen radioscopique ne montrait plus qu'une ombre limitée, de 1 cm. sur 4 cm., à centre clair, au voisinage du hile gauche. Depuis lors, la guérison est devenue cliniquement complète.

R. insiste sur la longue période de latence qui s'est écoulée entre l'aspiration du corps étranger, — de nature mal déterminée, — et les accidents pleuro-pulmonaires consécutifs, — et aussi sur l'évolution favorable, qui s'expliquait par l'unicité du foyer et par sa situation juxtahilaire, voisine d'une grosse branche, par laquelle foyer putride et corps étranger ont pu s'évacuer facilement.

J. Mouzon.

M. Winternitz, J. Deutsch et **Z. Brull.** ***Méthode, utilisable en clinique, pour la détermination de la vitesse de circulation sanguine, par injection de « décholine »*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVII, n° 27, 3 Juillet 1931). — La vitesse de circulation sanguine (« Umlaufszeit ») est le temps que met le sang circulant pour revenir à son point de départ, après avoir franchi la grande circulation et la petite.

De nombreuses méthodes ont été proposées pour mesurer cette vitesse: méthodes à la fluorescéine (Koch), au radium (Blumgart et Yens), au chlorure de calcium (Hirschsohn et Mendel, Kahler), à l'histamine (S. Weiss), à la choline (Prusik). Les valeurs normales trouvées à l'aide de ces différentes méthodes étaient très diverses, s'étendant de 9 à 30 secondes. W., D., B., après essais comparés, poursuivis dans 700 déterminations chez 300 malades différents, ont adopté une technique personnelle, qui est la suivante. On injecte brusquement, dans une veine du pli du coude, 5 cmc de solution à 20 pour 100 de déhydrocholate de soude (« décholine » du commerce). Chez le sujet normal, cette injection détermine, après un temps qui varie de huit à quatorze secondes, une sensation gustative d'amertume, subite, très intense, mais très passagère. Le temps écoulé mesure la vitesse de circulation.

Cette méthode est d'application facile, n'expose le patient à aucun désagrément (même l'injection de la solution à côté de la veine est indolore), ne trouble pas, par elle-même, la circulation, et peut être renouvelée, chez le même malade, autant de fois qu'on le désire. Les résultats sont concordants, et restent d'une remarquable constance, d'un moment à l'autre, chez le sujet sain.

La vitesse de circulation peut être modifiée par 4 sortes de facteurs: la puissance du myocarde, la fréquence et le rythme du cœur, l'état du sang, l'état de la circulation périphérique.

Le facteur capital de ralentissement de la circulation est la défaillance myocardique. Les valeurs les plus élevées, qui atteignent parfois 60 secondes et au delà, s'observent dans l'asthme cardiaque, dans la respiration de Cheynes-Stokes, et, en général, dans l'insuffisance ventriculaire gauche. La mesure de la vitesse de circulation peut rendre des services pour le diagnostic de l'asthme cardiaque avec l'asthme bronchique, de l'anévrysme aortique avec les tumeurs du médiastin, de l'angine de poitrine vraie avec la fausse angine, ou pour peser les indications d'une malariathérapie chez un paralytique atteint d'aortite, ou d'un traitement novarsénical chez un cardio-aortique, ou encore pour déterminer l'aptitude sportive ou professionnelle d'un cardiaque. L'insuffisance aortique, par elle-même, ne semble pas exercer grande influence sur la vitesse de circulation.

L'insuffisance ventriculaire droite, les accidents des mitraux ont moins d'influence sur la vitesse de circulation, qui peut rester normale même chez des hyposystoliques graves. La nouvelle méthode peut être utile pour aider à distinguer une association aortique chez un mitral, l'origine cardiaque d'une ascite, d'un œdème, d'une dyspnée, d'une hépatomégalie. La digitale accélère la circulation; la quinidine, au contraire, la retarde.

Dans les grandes bradycardies, il y a, en général, ralentissement de la circulation (7 cas sur 9), lors même qu'il n'y a pas de décompensation cardiaque. La tachycardie d'effort des sujets normaux s'accompagne d'accélération de la circulation; les accès de tachycardie des hyposystoliques s'accompagnent de ralentissement circulatoire. En dehors de la défaillance cardiaque, la tachycardie paroxystique, l'arythmie complète ne modifient pas la vitesse de circulation.

Les valeurs les plus basses (7 à 9) traduisent une circulation accélérée, s'observant dans les états anémiques. En cas d'association de l'anémie et de l'insuffisance cardiaque, les valeurs peuvent sembler normales.

Dans les maladies infectieuses, dans les états cachectiques, dans les états de collapsus vaso-moteur des grands syndromes abdominaux, la vitesse de circulation n'est pas modifiée. L'inhalation de nitrite d'amyle, l'histamine ou l'euphylline intraveineuses déterminent une accélération; l'euphylline, en particulier, agit dans ce sens quand elle arrête la respiration de Cheynes-Stokes.

L'hypertension artérielle bien compensée, le diabète, l'obésité, le myxœdème, la maladie d'Addison ne modifient pas la vitesse de la circulation; la maladie de Basedow l'accélère souvent.

J. Mouzon.

A. Thisam. ***Un cas d'abcès pulmonaire paratyphique*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVII, n° 29, 17 Juillet 1931). — Un homme de 30 ans présente, à la fin d'Octobre, un frisson, avec fièvre et nausées, puis douleurs abdominales et diarrhée, inappétence et sensation de malaise profond. Trois jours après, l'état s'améliore brusquement, si bien que le malade peut reprendre son travail. Le 17 Novembre, le malaise reprend, avec inappétence, courbatures, fièvre. Puis apparaissent des douleurs dans le côté gauche de la poitrine, provoquées par les mouvements respiratoires, de grandes sueurs nocturnes. Pas de toux, pas d'expectoration. Le 24, la fièvre s'élève à 39°5 après un grand frisson.

En examinant le malade, on ne trouve aucun des signes habituels des états typhoïdes, pas de splénomégalie, en particulier, et un pouls à 120, non dicrote. Par contre, on trouve, du côté gauche du thorax, en avant, entre le cœur et la ligne axillaire antérieure, un foyer de matité, avec diminution du murmure et des vibrations vocales. Une ponction pratiquée dans cette zone, dans le quatrième espace, ramène profondément un liquide franchement purulent, qui contient des bacilles paratyphiques. L'étude bactériologique du germe est détaillée dans l'article suivant de K. W Clauberg. La séro-agglutination de Widal est positive.

Après un examen radioscopique, qui permet de constater une petite image hydro-aérique au voisinage du hile gauche, on retire, par ponction évacuatrice, 300 cmc de pus franc le 25 Novembre.

La température tombe dès le lendemain. L'image hydro-aérique n'est plus reconnaissable par l'examen radioscopique.

Le 1er Décembre, après une nouvelle ascension thermique, il se produit une vomique abondante (deux tasses), dans le pus de laquelle on trouve encore du bacille paratyphique, mais pas de fibres élastiques. Cette fois encore, l'amélioration est rapide mais une nouvelle vomique se produit le 10 Décembre. Depuis lors, les signes cliniques, stéthacoustiques et radioscopiques rétrocèdent assez rapidement, et le malade semble complètement guéri lors de sa sortie de l'hôpital, le 30 Janvier.

Le 12 et le 19 Janvier, on a pu isoler des bacilles paratyphiques dans les selles.

Cette observation est intéressante à cause de la rareté des abcès pulmonaires à paratyphiques. Elle l'est en outre à cause des caractères particuliers du germe isolé, à l'étude duquel est consacré l'article suivant.

J. Mouzon.

K. W. Clauberg. ***Bactériologie de l'affection paratyphique atypique décrite dans l'article précédent; contribution à l'étude des types de paratyphiques*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVII, n° 29, 17 Juillet 1931). — Le germe, isolé dans l'observation de Thimm ci-dessus, se distinguait des divers types habituels de paratyphiques connus (en particulier le Schottmüller, le Breslau, le Gärtner, l'A) par les réactions culturales et biologiques que C. énumère, mais il est identique au paratyphique isolé par Kauffmann dans les selles d'une infirmière qui avait été prise de diarrhée et de violentes coliques, prolongées pendant deux semaines, à la suite de l'ingestion de jambon cru. Kauffmann avait donné à ce type le nom de « Brandebourg ».

C. a eu l'occasion de retrouver ce type Brandebourg de Kauffmann dans 3 cas. La première fois, il fut extrait des selles d'un employé de maison de santé, à l'occasion d'une diarrhée qui n'avait duré qu'un jour. Chez 12 autres personnes, qui avaient été atteintes en même temps que lui, le germe ne se retrouvait pas. Le sujet présentait des crises fréquentes de catarrhe des voies respiratoires.

Le deuxième cas est celui d'une malade atteinte de fièvre typhoïde cliniquement typique. Le germe a été retrouvé plusieurs fois dans les selles et dans les urines. Cette femme avait présenté, au début de sa maladie, une bronchite diffuse.

Chez le troisième malade, dont l'histoire est relatée ci-dessus, le bacille a été retiré du pus de ponction, du pus de vomique, et enfin des selles, où il se trouvait en plus faible quantité.

Les germes isolés chez ces 3 malades se comportent exactement de la même manière à l'égard d'un sérum agglutinant préparé avec la première souche; il en est de même pour l'épreuve de saturation de Castellani. Mêmes réactions également pour une souche « London » isolée par Kauffmann.

Le sérum du malade agglutinait le bacille de Schottmüller (paratyphique B) à 1 pour 100, la souche London à 1 pour 1.600, et le germe du malade lui-même à 1 pour 6.400.

C. suppose, d'après l'histoire clinique de ses trois malades, que ce type de paratyphique aurait une certaine affinité pour les voies respiratoires.

Il ne se prononce pas sur la question de savoir si ces divers types de paratyphiques sont des espèces différentes et fixées, ou bien s'il peut y avoir mutabilité dans les caractères des souches de Salmonelloses, comme beaucoup de bactériologistes tendent à le croire. J. Mouzon.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Mihaly Jakab. ***La réaction à l'adrénaline des globules blancs et sa valeur dans l'ictère*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXI, n° 1, 20 Juin 1931). — J. a observé une leucopénie inférieure à 6.000 dans l'ictère catarrhal et dans la cirrhose tandis que dans les autres formes d'ictère ce fait ne s'observe pas. Pour rechercher si ce phénomène est en rapport avec la rate, il a été administré à jeun, après détermination de la formule sanguine, 1 milligr. d'adrénaline en injection sous-cutanée. Cette épreuve a montré que d'une manière générale le nombre des leucocytes augmente nettement sous cette influence de 50 à 300 pour 100, tandis que dans l'ictère catarrhal, l'augmentation est inférieure à 40 pour 100 et parfois nulle. De plus, dans cette affection, les leucocytes myéloïdes n'augmentent pas ou même diminuent tandis que les lymphocytes augmentent toujours de même que les granulocytes.

En même temps, on a constaté que le pouls et la pression du sang varient, mais sans qu'il y ait de relations entre ces variations et celles de la formule sanguine. Ces observations amènent à considérer que, dans ces phénomènes, ce sont surtout les organes hématopoïétiques qui interviennent. En effet, l'administration préalable d'atropine ne modifie pas la réaction observée en cas d'ictère catarrhal. Ainsi, les causes de la leucopénie observée dans l'ictère catarrhal sous l'influence de l'adrénaline doivent être cherchées dans une inhibition de la moelle osseuse du fait d'une influence toxique agissant directement ou par l'intermédiaire de la rate.

Cette réaction des globules blancs à l'adrénaline est assez nette pour aider à différencier l'ictère catarrhal de l'ictère mécanique.

P.-E. Mornardt.

W. Hedrich. ***Métabolisme de la créatinine dans la maladie de Basedow et dans les hyperthyroïdies*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, t. CLXXI, n° 1, 20 Juin 1931). — Les recherches de H. ont porté sur 46 malades observés en 1930 et présentant du Basedow et de l'hyperthyroïdie. Il s'agissait exclusivement de cas purs, c'est-à-dire sans complications. Le dosage de la créatinine de l'urine a permis de constater que 54 pour 100 de ces malades éliminent moins de 1.000 milligr. de cette substance tandis que chez 100 sujets à reins tout à fait sains, la proportion de ceux qui ont éliminé moins de 1.000 millig. de créatinine ne s'est élevée qu'à 26 pour 100. Si on range les malades par ordre croissant d'augmentation du métabolisme, on constate que la créatinine éliminée diminue d'une façon nette au fur et à mesure que le métabolisme s'élève.

La créatinine du sang s'est élevée en moyenne à 1,23 milligr. pour 100 grammes avec des valeurs descendant parfois à 1,06 ou à 1,09. Par contre, chez des sujets à reins normaux, ce taux s'est élevé à 1,57.

H. a administré 1,5 milligr. de créatinine à ses malades et il a constaté que l'élimination est souvent rapide. Dans les six premières heures, on retrouve 100 pour 100 de la créatinine administrée chez 41 pour 100 des malades observés. Chez les sujets sains, l'élimination n'atteint ce taux que dans 23 pour 100 des cas. Cependant, chez 4 malades, l'élimination de la créatinine a été diminuée comme elle l'est en cas de lésions sévères des reins. Il semble que ces malades soient plus réfractaires que d'autres à une thérapeutique conservatrice, et que, pour eux, le pronostic soit sombre.

La vitesse de sédimentation dans le Basedow n'a pas été modifiée par rapport à la normale. D'un autre côté, une forte élévation du métabolisme peut s'accompagner d'un ralentissement marqué de la vitesse de sédimentation.

P.-E. Mornardt.

BRUNS' BEITRAGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin-Vienne)

Makkas et **Kurias** (Athènes). ***Résultats éloignés des interventions pour kyste hydatique du poumon*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, t. CLIII, n° 2, Août 1931). — M. et K. publient une statistique de 112 cas de kyste hydatique pulmonaire, se rapportant à 109 malades; dans 54 cas, la lésion n'était pas compliquée tandis que dans 55 cas il s'est agi de kyste suppuré ou rompu.

En l'absence de complications, la tendance opératoire a été la suture primitive; celle-ci a été tentée 28 fois sur 54 et dans 22 cas, soit 78,5 pour 100, la guérison d'emblée a été obtenue; dans 6 cas il a fallu rouvrir la plaie et drainer. Sur ces 112 opérations, qui s'étendent de Mai 1914 à Novembre 1930, on a eu à déplorer 7 morts, soit une mortalité globale de 6,25 pour 100. 80 opérés ont pu être suivis à distance; le pourcentage des opérés revus est donc de 87,9 pour 100. Sur ces 80 malades, 52 peuvent être considérés comme guéris, tandis que les autres ont présenté les complications suivantes :

Fistules post-opératoires: 3 cas; un cas a eu une évolution mortelle au bout de neuf mois; un autre opéré en 1918 a dû subir en 1919 une petite opération plastique et la guérison se maintient depuis; le troisième opéré en 1923 présente encore de temps à autre un petit écoulement par le kyste fistuleux.

Récidive: 4 cas de récidive pulmonaire: deux mois et demi après la première intervention, cinq ans, trois mois, un an après.

Echinococcose secondaire: Dans 2 cas on a vu apparaître secondairement un kyste hydatique du foie et dans un cas une greffe sur le grand épiploon. Il est difficile dans ces cas de parler de récidive et il est probable que ces kystes existaient avant la localisation pulmonaire, mais ne s'étaient pas encore manifestés cliniquement.

Tuberculose pulmonaire post-opératoire: M. et K. n'ont pas observé l'apparition de kystes hydatiques chez des tuberculeux pulmonaires; par contre, il existe des cas dans lesquels, plus ou moins longtemps après la rupture d'un kyste dans les bronches, se développe une tuberculose pulmonaire. M. et K. rappellent les cas de Escudero et publient 5 cas de tuberculose pulmonaire après intervention pour kyste hydatique pulmonaire, avec 4 morts.

Bronchites légères et hémoptysies: 12 malades ont présenté cette complication qui n'a jamais eu d'évolution mortelle; 8 opérés avaient été drainés, tandis que dans 4 cas on a fait la suture primitive.

J. Sénèque.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RONTGENSTRAHLEN (Leipzig)

E. Zdansky. ***Les constatations radiologiques pulmonaires dans l'asthme bronchique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIII, fasc. 5, Mai 1931). — Examen radiologique systématique portant sur 70 cas d'asthme bronchique ayant donné les résultats suivants :

1° Les cas d'asthme grave sans emphysème ne sont pas rares.

2° Très souvent, chez les asthmatiques, on voit des épaississements des parois bronchiques à l'image radiographique, conséquence d'une bronchite chronique avec œdème de la muqueuse et épaississement de la paroi musculaire.

3° Présence très fréquente d'adhérences pleurales au diaphragme et au médiastin; elles ne sont pas seulement la conséquence de processus tuberculeux, mais souvent la suite de processus inflammatoires non spécifiques au cours de l'asthme.

4° Enfin, il a été observé des processus non spécifiques dans le poumon, sous forme de :

a) Epaississements indurés avec ou sans bronchectasies;

b) Epaississements indurés par des processus d'infiltration de date récente;

c) Infiltrations localisées, qui peuvent évoluer sans présenter de manifestations cliniques;

d) Foyers d'épaississements miliaires, conséquence d'une bronchiolite;

e) Zones de grandeur variable d'infiltrations confluentes, particulièrement dans les cas graves d'asthme;

5° Z. a constaté dans 50 pour 100 de ses cas des altérations pulmonaires de nature tuberculeuse.

6° La présence d'un asthme bronchique n'exclut pas la progression d'une tuberculose pulmonaire.

7° Les recherches de l'auteur n'ont pu confirmer la conception d'une genèse tuberculo-allergique de l'asthme bronchique.

8° Il semble très douteux que les processus adénopathiques du hile jouent un rôle important dans le développement d'un asthme bronchique.

Pierre Porcher.

J. Arendt. ***Le chorio-épithéliome de l'homme*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIII, fasc. 6, Juin 1931). — A. fait une revue de la question du chorioépithéliome de l'homme et complétée par la recherche de Bostrom.

Il rapporte 3 cas nouveaux et contrôles de chorioépithéliome chez l'homme, d'origine tératoïde, qu'il décrit et discute.

Il présente en détails le tableau clinique du chorioépithéliome de l'homme d'après diverses considérations endocrinologiques et biologiques.

La description des diverses formes du chorioépithéliome, permettant un diagnostic radiologique, notamment les métastases pulmonaires, est présentée, appuyée de radiographies.

L'A. passe également en revue ce qui a été publié, concernant la radiothérapie du chorioépithéliome.

Pierre Porcher.

E. L. Meisels. ***L'ostéomalacie virile et non puerpérale et la maadie de Basedow*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen*, t XLIII, fasc. 6, Juin 1931). — Dans la conception moderne de la pathogénie compliquée et indéterminée de l'ostéomalacie, particulièrement du type viril et non puerpéral, on doit attribuer une importance particulière aux troubles auxquels prend part la thyroïde, malgré que la manière dont elle participe soit loin d'être claire. Hoennicke fut le premier à indiquer la relation entre ces troubles et il s'est efforcé d'en déterminer les causes. Les observations de Koppen, de Jaksch et de Rotky et particulièrement celles de Curschmann, et puis les cas de Bernhart et de l'auteur, ont été décrits en détail et elles constituent une nouvelle contribution à l'anatomie pathologique de cette maladie intéressante. Considérant l'importance des variations osseuses, beaucoup d'auteurs considèrent celles-ci comme similaires et se rapportant à l'ostéomalacie, quoique cependant non identiques à cette maladie. Suivant les auteurs, néanmoins, cette différencia-


MICTASOL

tion n'est pas justifiée. Les résultats des recherches cliniques et radiologiques indiquent, très vraisemblablement, que les variations osseuses doivent être uniquement attribuées à des modifications ostéomalaciques réelles.

Pierre Porcher.

S. Kadrnka. ***Hépatosplénographie*** (*Fortschritte auf dem Gebiete Röntgenstrahlen*, t. XLIV, fasc. 1, Juillet 1931). — Représentation radiographique du parenchyme splénique et hépatique par introduction dans le système vasculaire d'une nouvelle substance opaque colloïdale (Thorotrast). Les résultats obtenus, jusqu'à l'heure actuelle, confirment complètement l'accord des aspects radiologiques cliniques et anatomo-pathologiques dans le petit nombre de cas où cette méthode a été employée. Celle-ci s'est montrée dépourvue de dangers. Dans certains cas même, son emploi semble donner lieu à des résultats thérapeutiques.

Toutefois, étant donné encore le petit nombre de cas où elle a été essayée, on ne devra pas l'appliquer indifféremment dans n'importe quel cas, et particulièrement chez de jeunes sujets. Son application est nettement indiquée dans le cancer, les kystes hydatiques, les abcès du foie et de la rate, chez lesquels on envisage une intervention opératoire.

Pierre Porcher.

R. Schatzki. ***Le radiodiagnostic des varices de l'œsophage et de l'estomac, et de leur importance dans la clinique*** (*Forschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIV, fasc. 1, Juillet 1931). — Compte rendu de la méthode révélant les varices de l'œsophage, d'après cinq cas personnels. Cet état donne lieu à la disparition du relief normal de la muqueuse; on voit apparaître des tracés clairs, rubanés, ondulés, parfois anastomosés, et alternant avec des taches claires, arrondies quand l'œsophage se vide et particulièrement quand l'œsophage présente un dépôt persistant de gélobarine dans sa paroi. Ces modifications sont constantes. Contrairement à l'infiltration maligne de la paroi, l'élasticité normale de l'œsophage est toujours présente.

On peut constater en même temps des dilatations variqueuses au segment supérieur de l'estomac, se traduisant par des traînées opaques sous forme de bourrelets (2 cas personnels).

Le diagnostic de ces varices est important au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Pierre Porcher.

E. Schmidtlein. ***Sur la mobilité active et le mode d'évacuation de l'appendice*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XLIV, fasc. 2, Août 1931). — Sous l'effet pharmacologique et à l'aide de prises radiographiques en séries, il a été pratiqué des recherches sur l'activité motrice, ainsi que sur le mode d'évacuation de l'appendice.

Dans sa totalité, l'organe, au point de vue de sa mobilité active, est soumis en prédominance au changement du tonus de sa tunique musculaire.

La région de l'embouchure (l'antre) présente, par contre, en plus des phénomènes toniques, surtout des phénomènes péristaltiques et spasmodiques. En opposition avec ces faits, le reste de l'appendice, et surtout sa partie distale, représente un segment organique moteur paresseux.

Une exagération du tonus de la tunique musculaire s'exprime par un raccourcissement allant jusqu'aux 2/3 de sa longueur de départ, parfois avec élargissement de l'ombre. Elle prédomine sur la moitié proximale.

Avec le raccourcissement, il se produit souvent une égalisation des incurvations présentes. L'exagération du tonus a comme conséquence dans la majorité des cas une évacuation d'une partie du contenu. Les évacuations complètes sont rares. L'évacuation du tiers proximal ou de la moitié proximale est la règle.

La stagnation du contenu dans la moitié distale, c'est-à-dire dans la partie motrice paresseuse, est le fait le plus habituel.

Le relâchement du tonus est associé à l'allongement de l'appendice. Souvent le contenu opaque allongé de l'appendice relâché — particulièrement dans son segment distal — se divise en des cylindres nettement segmentés. La segmentation est une conséquence du relâchement du tonus, non du péristaltisme.

Rarement, S. eut l'occasion d'observer un retard du remplissage du cæcum; il concernait seulement la région de l'embouchure.

Le péristaltisme, qui également est une prédisposition de l'antre, en général, se trouve constitué par des mouvements de va-et-vient du contenu.

Un spasme local de l'embouchure semble être la cause de l'arrêt de l'évacuation et du remplissage.

Pierre Porcher.

ARCHIV für GYNAKOLOGIE
(Berlin)

R. Hubert. ***Influence de la radiation ultra-violette sur le métabolisme du cholestérol*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLVI, fasc. 1, 1931). — Après un traitement par les rayons ultra-violets, il se produit une modification dans le métabolisme du cholestérol chez les femmes cancéreuses et chez les femmes non cancéreuses. Mais, alors que, dans le premier groupe, la teneur en cholestérol du sérum sanguin s'abaisse, dans le second groupe il y a élévation. Cependant, on peut constater parfois un abaissement du cholestérol sanguin, dans des cas où il n'y a aucun signe de cancer, maladies infectieuses hyperthermiques, grossesse, hyperpigmentation des téguments et, aussi, chez presque toutes les femmes après l'application d'un sinapisme. Ces modifications du métabolisme cholestérolique après sinapisation relèvent, pour l'auteur, d'une réaction de toute la peau et sont donc à opposer à celles observées après irradiation ultra-violette, lesquelles dépendent d'une réaction du seul épiderme. L'auteur en infère que les réactions de la peau totale sont les mêmes chez les cancéreuses et chez les non cancéreuses, mais que, au contraire, l'épiderme des femmes cancéreuses se comporte tout autrement que celui des femmes non cancéreuses. Et, en effet, après application d'un sinapisme, toutes les femmes présentent un érythème intense de la peau qui disparaît rapidement, alors que, après irradiation ultra-violette, l'érythème n'apparaît régulièrement que chez les cancéreuses, parce que, dans le premier cas, il s'agit d'une réaction de la peau et, dans le second, d'une réaction de l'épiderme. Chez les femmes qui ont une pigmentation intense de la peau, il y a probablement une fonction épidermique anormale, de même que chez les femmes atteintes de pyrexie. Il n'est donc pas étonnant que le métabolisme du cholestérol soit troublé, étant donné ce que nous savons, par ailleurs, du rôle joué par la peau dans ce métabolisme.

H. Vignes.

Otto Bode. ***L'électrohystérogramme*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLVI, fasc. I, 1931). — B., assistant du professeur Hoehne, se fondant sur la découverte d'Einthoven, a eu l'idée d'un dispositif analogue pour la contraction utérine. L'électrohystérogramme se propose d'enregistrer les ondes de contraction du myomètre au cours du travail. Les graphiques sont particulièrement nets et instructifs quand on les recueille à la fin de la dilatation. Les résultats obtenus jusqu'ici par cette méthode concordent avec ce que nous ont appris les procédés d'enregistrement graphiques précédemment employés. L'auteur rappelle, à ce sujet, les travaux classiques de Schaltz. L'électrohystérogramme, sûrement, fournira des précisions pour une étude scientifique des anomalies de la contraction et, dans tous les cas d'utérus pathologiques, il pourra donner des renseignements pratiques. Mais, actuellement, au point de vue de l'utilisation clinique, beaucoup de difficultés restent à surmonter.

H. Vignes.

Bokelmann, Dieckmann, Kaufmann et **Scheringer.** ***Modifications hépatiques consécutives à la castration*** (*Archiv für Gynäkologie*, t. CXLVI, fasc. 2, 1931). — Chez la femelle du rat blanc, après ovariectomie, on observe, au point de vue biochimique, au niveau du tissu hépatique, des modifications notables: le taux du glycogène monte alors que le taux des matières grasses baisse. Après l'opération, l'animal augmente de poids et c'est parallèlement que le taux glycogénique s'élève. On est, de ce fait, en droit de se demander si la castration a une influence précise sur le métabolisme des hydrates de carbone et des graisses ou bien si elle entrave l'utilisation de la combustion des matières alimentaires. Il est difficile et même impossible de conclure, car, si dans l'adipose d'origine génitale, le foie s'enrichit en glycogène et s'appauvrit en graisse, c'est le contraire qu'on observe chez les animaux soumis à un régime d'engraissement. Les rats blancs castrés à qui l'on injecte un extrait folliculaire augmentent de poids et, pourtant, leur foie ne s'enrichit pas en glycogène et reste riche en graisse. Il est donc impossible de conclure et de comprendre pourquoi, dans certains cas, il y a adipose par insuffisance génitale alors que, dans d'autres cas, il n'en est rien.

H. Vignes.

THE BRITISH JOURNAL RADIOLOGY
(Londres)

G. Simon. ***La diathermie dans le traitement de la pneumonie*** (*The British Journal of Radiology*, t. IV, n° 41, Mai 1931). — La diathermie paraît avoir une valeur réelle dans le traitement symptomatique de la pneumonie.

Il semble bien qu'il existe une réaction propre à la diathermie et que le bénéfice obtenu n'est pas dû uniquement au réchauffement du poumon.

On doit employer une technique qui assure un certain bien-être par le traitement.

Pierre Porcher.

J. Murdoch. ***Le dosage dans la radiumthérapie*** (*The British Journal of Radiology*, 35 figs., t. IV, n° 42, Juin 1931). — Description d'une chambre ionométrique avec un contenu liquide, du volume de 2 mmc, qui permet de mesurer les rayons gamma au voisinage immédiat des tubes et des aiguilles de radium. L'emploi combiné des mesures ionométriques et énergétiques permet l'adoption comme unité de erg/cmc, unité dosimétrique absolue dans la radiumthérapie.

Compte rendu d'une méthode permettant une distribution rationnelle des tubes de radium sur les masques en surface aussi bien que d'assurer une distribution homogène de radiation, sur des surfaces planes et courbes.

Etude des réactions biologiques observées pour les divers tissus après application de quantités variables d'énergie, au cours du traitement par le radium. Comparaison des réactions de la peau, des muqueuses, de la langue et de l'utérus, du point de vue de la quantité d'énergie que peuvent absorber ces tissus, en rapport avec une cicatrisation normale.

P. Porcher.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

Warren H. Lewis. ***Pinocytose*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. XLIX, n° 1, Juillet 1931). — La pinocytose est opposée à la phagocytose. C'est la propriété observée chez certaines cellules, dans les cultures de tissus, d'absorber les substances qui ne peuvent pénétrer par la phagocytose ordinaire des particules semi-solides. Le mot vient de πινειν boire, et κυτος cellule. Il caractérise le fait que certaines cellules, spécialement les macrophages, prennent au milieu dans lequel elles baignent une certaine quantité de liquide sans qu'il y ait phagocytose proprement dite.

Les observations ont été faites pour la plupart sur des cultures de péritoine de rat en auto et homoplasma. Ces cultures donnent un grand nombre de macrophages migrateurs, de monocytes et de formes de transition entre les deux. Par l'intermédiaire de fines ondulations de leurs membranes ou par pseudopodes, ces macrophages saisissent un grand nombre de globules ou de vacuoles du liquide dans lequel ils sont plongés. Les phénomènes sont mis en évidence grâce à des colorations par le rouge neutre, le colorant se fixant presque immédiatement sur les granulations et les vacuoles centrales de la cellule, alors que les vacuoles périphériques ne se colorent pas. Elles prennent graduellement le colorant durant les quelques minutes pendant lesquelles elles se déplacent de la périphérie vers le centre.

ROBERT CLÉMENT.

A. Marlow (Boston). ***L'effet négatif de l'administration de foie dans l'hémophilie*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. XLIX, n° 1, Juillet 1931). — Les remarquables effets de la méthode de Whipple dans l'anémie pernicieuse ont incité M. à essayer ce traitement sur 4 hémophiliques âgés de 13 à 23 ans, présentant l'histoire classique de l'hémophilie et un temps de coagulation du sang très prolongé variant de quarante minutes à quatre heures suivant les méthodes employées.

L'administration quotidienne par la bouche d'une quantité de foie de bœuf cru variant de 250 à 400 gr. pendant huit à onze semaines ne produisit chez aucun des 4 hémophiliques aucune amélioration des symptômes, aucune modification du temps de coagulation du sang veineux ou capillaire. Mêmes résultats négatifs furent notés avec l'administration buccale de fibrinogène à 2 de ces malades et de « natéine », préparation prétendant être riche en vitamines A, B, C et D à l'un d'eux.

Au contraire, l'injection intra-dermique de sérum animal à 2 malades, préalablement sensibilisés à ce sérum, produisit rapidement une diminution du temps de coagulation du sang capillaire qui durait depuis plus de vingt et un jours. Le temps de coagulation du sang veineux ne fut pas modifié.

ROBERT CLÉMENT.

G. B. Wislocki et **F. F. Snayder.** ***Production expérimentale de superfétation*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. XLIX, n° 2, Août 1931). — Chez le lapin, W. et S. ont pu produire expérimentalement l'ovulation durant la gestation en injectant dans les veines un extrait de lobe antérieur d'hypophyse ou de l'urine de femme enceinte ou un extrait de celle-ci. Il faut des doses assez fortes de ces principes, mais on produit à peu près à coup sûr une seconde série d'ovules.

2 fois, ils ont réussi à fertiliser la deuxième série d'ovules et à recueillir, en lavant l'utérus et les trompes, des ovules fécondés. Ces expériences ont une grande valeur théorique. Les modifications supposées des ovaires, des trompes et de l'utérus, après fécondation, n'empêchent pas l'apparition d'une ovulation normale et la fécondation de cette deuxième série d'ovules.

La démonstration de la possibilité de superfétation ouvre la voie à de nombreuses recherches; il sera intéressant de déterminer l'évolution de la deuxième série d'œufs fécondés en présence d'une gestation antérieure. Y aura-t-il modification du transit à travers les trompes? Les réactions de l'endomètre suivant l'implantation de la première série d'œufs empêcheront-elles la fixation de la deuxième série? etc.

ROBERT CLÉMENT.

GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (Chicago)

E. C. Mekie (Edimbourg). ***Effet de l'anesthésie sur le contenu du sang en sucre; recherche expérimentale*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. LIII, n° 3, Septembre 1931). — Des recherches antérieures entreprises par M. et Miller, il résulte qu'immédiatement après l'administration d'un anesthésique, la glycémie augmente; le maximum est atteint au bout de 75 minutes. La glycémie augmente progressivement jusqu'au maximum entre 60 et 90 minutes. Il n'y a aucune relation entre ce taux et la quantité d'éther administrée ou la profondeur de la narcose. Aussi, au point de vue de la glycémie, mieux vaut une opération rapide en anesthésie profonde qu'une opération prolongée sous anesthésie superficielle.

Chez l'homme, avec éthérisation, l'augmentation de la glycémie est très temporaire; le taux du sucre sanguin est en 4 heures revenu au taux pré-anesthésique.

Les causes de cette hyperglycémie peuvent être ou une mobilisation des réserves de glucose ou une diminution pour les tissus de l'utilisation du sucre circulant avec accumulation de celui-ci dans le sang.

Or l'expérimentation démontre que cette deuxième cause n'est pas la vraie et que l'hyperglycémie reconnaît uniquement pour cause une mobilisation exagérée du glycogène hépatique.

De même l'expérimentation a montré à M. qu'il ne fallait chercher la raison de cette mobilisation ni dans une excitation du système sympathique ou vague, ni dans une production exagérée d'adrénaline, mais dans une action directe de l'anesthésique sur les cellules hépatiques.

M. GUIBÉ.

THE JOURNAL OF BONE AND JOINT SURGERY (Boston)

Michael S. Burman (New-York). ***Arthroscopie ou vision directe des articulations; étude expérimentale sur le cadavre*** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, tome XIII, n° 4, Octobre 1931). — B. a fait construire un arthroscope qu'il a utilisé sur le cadavre pour explorer diverses articulations. Il donne, dans cet article, des indications générales sur l'arthroscopie et des données relatives à l'arthroscopie de certaines articulations.

Pour pouvoir pratiquer une arthroscopie, il faut:

1° Que l'articulation soit en état de distension [cette distension peut être obtenue par l'injection d'un liquide non irritant (eau distillée, sérum physiologique, etc...) ou d'un gaz non irritant (air, oxygène, etc...)].

2° Il faut écarter au maximum les surfaces articulaires: la traction manuelle est le meilleur moyen d'y parvenir.

3° Enfin il est indispensable d'utiliser pour chaque articulation une position « optima » qui donne la meilleure visibilité intra-articulaire.

B., sur le cadavre, distend les articulations avec de l'eau (avoir soin de ne pas laisser pénétrer de l'air dans l'article).

Pour l'épaule: ponction antérieure: bras en abduction à 100° et en rotation externe. Ponction postérieure, rotation interne du bras. C'est l'articulation la plus facilement et la plus complètement explorable.

Poignet: ponction dorsale, le poignet étant en flexion palmaire et inclinaison cubitale.

Hanche: ponction antérieure paratrochantérienne (il faut un trocart et un télescope de grande taille). Abduction légère. Extension de la hanche.

Genou: ponction le long du tiers inférieur du bord de la rotule. Genou en extension. L'arthroscopie est commencée en extension, puis on fléchit progressivement le genou à 100°. B. insiste sur l'arthroscopie du genou qui lui a permis, en ponctionnant en dedans puis en dehors de la rotule, d'avoir une vue excellente sur les surfaces articulaires, les ligaments croisés, les ménisques. Des ponctions postéro-latérales permettent de voir la partie postérieure de l'article.

Cou-de-pied, coude sont des articulations peu propices à l'arthroscopie.

B. a en outre recherché si l'injection de certains colorants dans l'articulation ne permettait pas de déceler des lésions des cartilages articulaires.

B. pense que l'arthroscopie est un excellent procédé pour l'étude de la physiologie et de la pathogie des articulations.

ALAIN MOUCHET.

Michael S. Burman (New-York). ***Myéloscopie ou vision directe du canal rachidien et de son contenu*** (*The Journal of Bone and Joint Surgery*, tome XIII, n° 4, Octobre 1931). — B. a utilisé son arthroscopie pour obtenir une vision directe du canal rachidien. La longueur du trocart et de la lampe électrique ont créé de sérieuses difficultés. La méthode n'est applicable qu'au-dessous de la limite inférieure du cône médullaire. La queue de cheval est visible, ce qui pour B. pourrait aider au diagnostic de certaines inflammations ou tumeurs de cette région.

ALAIN MOUCHET.

THE NATIONAL MEDICAL JOURNAL OF CHINA (Pékin)

S. H. Zia et **H. J. Smyly** (Peiping). ***Arthrites associées à la dysenterie bacillaire; rapport d'un cas et discussion*** (*The National Medical Journal of China*, tome XVII, n° 3, Juin 1931). — Sur 9 cas de dysenterie bacillaire observés à Peiping où elle est fréquente, Z. et S. n'ont constaté que 3 fois des arthrites. Les genoux ont toujours été la localisation principale, deux fois la seule. La *restitutio ad integrum* fut toujours obtenue après un temps plus ou moins long qui peut attendre des semaines et même des mois.

On peut discuter sur la nature bacillaire de ces arthrites toujours légères sans rougeur de la peau, ni infiltration périarticulaire. Le liquide articulaire ponctionné, très riche en polynucléaires et trouble, est toujours stérile. Dans les cas rapportés, des agglutinines ont pu être mises en évidence dans le liquide articulaire et dans le sang. Les malades n'avaient jamais eu antérieurement d'atteintes articulaires, ils n'avaient pas reçu de sérum. Les manifestations articulaires sont apparues le 12ᵉ, le 21ᵉ et le 30ᵉ jour de l'évolution de la dysenterie.

La nature stérile du liquide articulaire permet difficilement d'admettre l'atteinte directe par le bacille dysentérique; on a émis l'hypothèse de manifestations dues à l'absorption des toxines bactériennes, d'arthrite de nature allergique.

Les cas d'arthrites sont rares au cours de la dysenterie; si l'association est indubitable, il faut être très prudent dans l'interprétation des phénomènes et garder encore le plus souvent une attitude critique avant d'attribuer à la dysenterie bacillaire ces accidents articulaires: immobilisation, évacuation des épanchements, puis massage et chaleur sont les règles du traitement.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES (Paris)

F. Rathery. ***Obésité insulinienne*** (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome CII, n° 19, 10 Octobre 1931). — A la suite d'une cure insulinique prolongée chez certains malades atteints de diabète consomptif, on voit se développer une forme assez particulière d'obésité, qui diffère par bien des points de l'obésité ordinaire. C'est une obésité diffuse particulièrement marquée à la face, survenant exclusivement chez les filles, enfants ou adolescentes atteintes de diabète grave traitées par de fortes doses d'insuline et continuant malgré celles-ci à présenter du sucre et des corps acétoniques dans les urines. Le poids est en général nettement supérieur au poids physiologique, mais il ne l'est pas toujours et cependant l'aspect est bien celui d'une obèse.

Cette obésité coexiste avec une atténuation par l'insuline des troubles mensuels provoqués par le diabète. On a pu se demander s'il s'agit bien d'obésité et si cet aspect spécial ne dépend pas d'une simple rétention d'eau tissulaire. D'autres estiment que l'insuline favorise la transformation des glucides en graisses de réserve. Qu'on adopte l'une ou l'autre de ces théories, il est difficile d'expliquer la prépondérance pour le sexe féminin, alors que la réapparition des règles n'empêche pas l'obésité de se produire ou de continuer.

R. rapporte 6 observations d'obésité insulinienne et tend à admettre que l'insuline agit de deux façons : en favorisant la fixation d'eau par les tissus d'une part, et d'autre part la transformation des glucides en lipides. On peut rapprocher ce type d'obésité des obésités dites glandulaires et faire une part plus ou moins importante dans son éclosion au pancréas et aux glandes génitales.

Robert Clément.

R.-J. Weissenbach et **F. Françon.** ***Glandes endocrines et rhumatismes chroniques; rhumatisme thyroïdien et rhumatisme ovarien*** (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, tome CII, n° 19, 10 Octobre 1931). — La notion de rhumatisme thyroïdien s'appuie sur l'association à un syndrome articulaire chronique de troubles thyroïdiens à type d'hypo- ou de dysthyroïdie, plus rarement d'hyperfonctionnement; sur l'apparition simultanée d'un rhumatisme chronique et d'un myxœdème à la suite de radiothérapie de la glande thyroïde et guérison par l'opothérapie spécifique; sur l'amélioration de rhumatismes chroniques, par une grossesse ou une maladies de Basedow, et l'aggravation par la ménopause; sur les résultats favorables de l'opothérapie spécifique longuement et convenablement poursuivie.

L'aspect objectif des manifestations articulaires, les notions radiologiques ne permettent pas ce diagnostic pathogénique, ce sont les signes cliniques d'hypo ou d'hyperthyroïdie, que l'on doit rechercher systématiquement, qui sont la base de ce diagnostic. Jusqu'à présent le métabolisme basal n'a donné que des chiffres normaux.

Les preuves de l'existence de rhumatisme ovarien sont : le début, la reprise ou l'aggravation de rhumatismes chroniques à l'occasion des divers épisodes de la vie génitale, particulièrement la ménopause, et les résultats thérapeutiques.

On peut observer toutes les variétés de rhumatismes chroniques, les 2 types que l'on rencontre avec une fréquence véritable sont le type arthralgique et la lipo-arthrite sèche bilatérale et symétrique du genou. On trouve associés les symptômes de l'hypoovarie et des troubles vago-sympathiques ou d'autres glandes endocrines qu'elle entraîne.

Le rôle des autres glandes demande à être précisé. On accorde déjà une place considérable aux lésions des parathyroïdes. On a incriminé l'hypophyse, le foie, le rein et des syndromes pluriglandulaires. L'intervention du système vago-sympathique paraît importante.

W. et F. pensent que les troubles endocriniens jouent dans le rhumatisme chronique le rôle de facteurs pathogéniques plutôt qu'étiologiques. Il semble qu'il existe une hérédité endocrinienne et que, suivant les malades, il s'agisse d'une lésion proprement dite ou d'un simple trouble fonctionnel.

Il reste un vaste champ à explorer et, grâce aux méthodes anatomo-cliniques, chirurgicales ou physiothérapiques et aux recherches de laboratoires, on pourra préciser les rapports des rhumatismes chroniques avec le système endocrine.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

L. Gallavardin et **L. Gravier.** ***Le diagnostic de l'insuffisance aortique syphilitique et ses difficultés (d'après une statistique de 84 cas d'insuffisance aortique solitaire de l'adulte avec autopsie)*** [*Suite et fin*]. (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XII, n° 282, 5 Octobre 1931). — Un élément important du diagnostic est la recherche à la pointe du cœur des signes permettant d'affirmer l'existence d'une lésion mitrale, insuffisance ou rétrécissement. Si ceci existe, le souffle d'insuffisance aortique doit être considéré comme de même nature, c'est-à-dire d'origine endocardique, même si le sujet présente des antécédents syphilitiques. En pratique, on peut commettre 2 sortes d'erreur : méconnaître l'endocardite mitrale coexistante, admettre à tort une endocardite mitrale. L'erreur la plus commune est celle qui consiste à prendre un souffle systolique d'insuffisance fonctionnelle pour un souffle d'insuffisance mitrale organique. Il faut aussi éviter de considérer comme souffle mitral la simple propogation à la pointe d'un souffle systolique. Enfin, nombreux sont les signes qui peuvent faire croire à tort à la coexistence d'un rétrécissement mitral; le roulement de Flint, les modifications du premier bruit, la propagation à la pointe et dans l'aisselle du souffle diastolique et quelquefois une impression de dédoublement du deuxième bruit, dans les grosses insuffisances aortiques.

Les autres signes cardiaques sont de peu d'importance dans le diagnostic différentiel des deux principales formes d'insuffisance aortique.

L'élévation de la tension artérielle systolique, particulièrement de la maxima, n'est pas constante dans l'insuffisance aortique syphilitique, elle existe quelquefois dans l'insuffisance endocardique. Le degré de l'hypotension diastolique a encore moins de valeur.

L'apparition d'un syndrome d'angine de poitrine doit attirer l'attention sur l'origine syphilitique possible de l'insuffisance aortique; mais c'est une signature rare et qui n'est pas irrécusable.

La coexistence d'un syndrome de Stokes-Adams ne doit nullement être considérée comme un argument en faveur de l'origine syphilitique de l'insuffisance si cette étiologie ne s'impose d'autre part. Par contre, la coexistence d'un anévrisme de l'aorte doit faire admettre l'origine syphilitique, de même que celle d'un tabes, d'une paralysie générale, d'une dilatation des bronches. Les oblitérations artérielles périphériques ne fournissent aucun argument, ni dans un sens ni dans l'autre, et la néphrite hypertensive, assez commune dans l'aortique spécifique, peut être aussi une complication chez le vieux valvulaire endocardique.

Une arythmie complète constatée chez un aortique, au-dessous de 45 à 50 ans et à plus forte raison en dehors de toute insuffisance cardiaque, doit attirer l'attention sur l'origine endocardique probable de l'affection.

Si dans quelques cas la radiologie permet d'affirmer le diagnostic d'aortique syphilitique vasculaire, il en est d'autres nombreux où elle fournit d'utiles renseignements qui n'ont pas de valeur absolue, qui peuvent, par une judicieuse confrontation avec l'ensemble clinique, apporter des présomptions ou la certitude sur la nature de l'endocardite, mais, souvent, la radioscopie est incapable de résoudre à coup sûr l'énigme étiologique.

L'évolution fonctionnelle est parfois un élément de diagnostic : évolution plus lente et plus progressive dans l'insuffisance endocardique; début plus soudain des troubles, plus grande fréquence des accidents cardiaques paroxystiques, allure générale plus sévère et plus rapide dans l'insuffisance syphilitique, mais ces règles comportent des exceptions.

L'aspect général du malade a une réelle valeur, mais il ne faut pas lui attacher une importance trop grande et savoir que certaines aortites syphilitiques peuvent affecter l'aspect mitral le plus authentique alors que des insuffisances aortiques endocardiques présentent une allure artérielle très franche.

Il est exceptionnel que l'institution du traitement spécifique fixe, dans un sens ou dans l'autre, une conviction que la simple clinique aura laissée indécise.

Sur 84 cas d'insuffisance aortique solitaire de l'adulte avec vérification anatomique, 9 fois il ne fut pas porté de diagnostic ferme. Dans les 75 observations où il avait été formulé un diagnostic précis, on trouve 43 cas d'insuffisance aortique syphilitique; 40 fois le diagnostic exact avait été porté, 3 fois on avait fait celui d'insuffisance endocardique; 23 cas d'insuffisance aortique endocardique, 11 diagnostiqués durant la vie, 12 où l'on avait cru qu'il s'agissait d'insuffisance syphilitique. Neuf fois il s'agissait d'insuffisance aortique fonctionnelle; dans 2 cas, le diagnostic exact avait été porté, 6 fois on avait fait le diagnostic d'insuffisance syphilitique, une fois celui d'insuffisance endocardique. Il résulte de ces chiffres que l'insuffisance aortique syphilitique a été rarement méconnue (3 fois sur 43), mais que, dans un nombre important de faits, elle a été indûment diagnostiquée (18 fois sur 32).

« Lorsqu'on est intimement persuadé de la fréquence et de l'importance de la syphilis dans l'étiologie de l'insuffisance aortique, état d'esprit que l'on ne saurait trop entretenir, on se trompe davantage en l'admettant à tort qu'en la méconnaissant. » S'il est des cas où il est facile d'éliminer l'étiologie syphilitique ou de l'affirmer, il en est d'autres où le diagnostic étiologique est très difficile et parfois impossible. La plupart des incertitudes ou des erreurs dans l'interprétation de l'origine d'une insuffisance aortique solitaire constatée chez un adulte vient de ce qu'on ne connaît pas la date d'installation de l'insuffisance; « cela montre l'intérêt qu'il peut y avoir parfois à renseigner d'une façon un peu précise un jeune sujet sur le résultat d'un examen cardiaque afin de lui éviter quelque 10 ou 20 ans plus tard les aléas d'une méprise diagnostique et le supplice inévité d'un traitement spécifique ». Robert Clément.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

Francis Bordet. ***L'exploration lipiodolée dans la dilatation des bronches*** (*Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome VI, n° 2,

1931). — Les progrès réalisés à la faveur de la bronchographie, dans l'étude de la dilatation des bronches, sont surtout d'ordre pratique. Cependant, elle a permis de contrôler sur le vivant l'exactitude de descriptions anatomo-pathologiques, elle a fait rendre à la tuberculose et aux suppurations pulmonaires le rôle qu'elles jouent dans les dilatations secondaires. Grâce au lipiodol, on put individualiser les formes sèches et les phases sèches des dilatations bronchiques.

Sans injection de lipiodol, de bonnes radiographies montrent déjà des images caractéristiques, mais l'injection d'huile iodée donne des images plus nettes et permet de faire apparaître les bronches dilatées à travers l'opacité d'un bloc de condensation ou à travers l'ombre cardiaque. Suivant la forme de l'ectasie, on a des images en doigt de gant, en branche de bois mort, en glycine, en régime de bananes, en nid de pigeon, en grappe de raisin, en nid d'abeilles ou en grappe de groseilles.

Grâce à cette méthode, on put établir que la fétidité de l'expectoration marchait généralement de pair avec des dilatations ampullaires irrégulières favorisant la rétention. On put démontrer la fréquence des fausses images de pleurésies médiastines; on put distinguer les bronchorrhées de la dilatation des bronches de celles qui résultent de l'ouverture dans les bronches d'une collection pulmonaire ou pleurale. Cependant, ce moyen de différenciation ne vaut que pour les foyers isolés qui résistent dans toute leur étendue aux tentatives d'opacification.

Jusqu'à présent, on n'a pu dire si oui ou non les vésicules emphysémateuses se laissent opacifier. En procédant méthodiquement, c'est-à-dire en obtenant l'opacification successive de tous les territoires cliniquement ou radiologiquement suspects, il est facile d'arriver à un inventaire suffisamment exact des dégâts anatomiques qui aura une grosse valeur dans le choix des indications thérapeutiques et apportera les précisions nécessaires à une intervention chirurgicale dans les formes localisées.

Il y a cependant des échecs dus les uns à une faute de technique, les autres à des obstacles situés sur l'arbre bronchique ou à une insuffisance de l'aspiration thoracique. La bronchoscopie précisera la nature de l'obstruction et permettra de lever ou de franchir l'obstacle.

A côté des images qui ne laissent aucun doute sur l'existence de bronchectasies, il existe toute une série d'images qui diffèrent à peine de la normale et qui sont d'interprétation délicate. Pour poser un diagnostic radiologique certain d'ectasie bronchique, il faut pouvoir invoquer un élargissement de l'image bronchique suffisant pour être à l'abri de toute confusion avec une image normale.

Robert Clément.

P. Cottenot. ***Technique et indications des injections de lipiodol pour le radio-diagnostic des affections des voies respiratoires*** (*Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, tome VI, n° 2, 1931). — Le lipiodol présente le double avantage d'être très opaque aux rayons X et de n'être ni toxique ni irritant pour les muqueuses. Il peut être injecté dans la trachée, soit par la voie transglottique après pulvérisation de cocaïne, soit par voie sous-glottique au moyen d'une aiguille introduite au travers de la membrane intercrico-thyroïdienne. On a préconisé aussi les voies sus-glottiques et intra-bronchiques, mais elles ne sont utilisées que d'une façon exceptionnelle.

La plus grande partie du lipiodol injecté est en général expectorée dans les heures qui suivent l'examen, mais il en reste une partie dans les alvéoles pulmonaires qui peut y séjourner pendant des mois, notion à ne pas oublier dans l'interprétation de certaines images radiologiques du poumon.

On observe quelquefois après des injections de lipiodol des petits signes d'iodisme, exceptionnellement on a signalé des accidents plus sérieux comme des œdèmes laryngés. Beaucoup plus graves sont les poussées congestives avec hémoptysies signalées à la suite d'injections chez les tuberculeux: la tuberculose pulmonaire est une contre-indication formelle à l'emploi de cette méthode.

Après injection, les différentes parties de l'arbre bronchique normal se dessinent plus ou moins nettement suivant que l'huile iodée les remplit plus ou moins complètement.

Les renseignements les plus utiles sont fournis par la dilatation des bronches: les dilatations cylindriques surtout donnent des images très caractéristiques, les dilatations ampullaires donnent parfois des images vacuolaires caractéristiques, mais souvent des images d'interprétation délicate.

Dans les abcès du poumon, l'injection de lipiodol ne donne pas des images de certitude; les aspects radiologiques sont très variés: le plus souvent, des arborisations normales autour du foyer. Rarement le lipiodol pénètre en quantité suffisante dans la cavité de l'abcès pour en dessiner le fond ou les anfractuosités.

Les pleurésies purulentes enkystées ouvertes dans les bronches ne se laissent opacifier que très difficilement; dans les pleurésies de la grande cavité cependant, l'injection de lipiodol donne une image assez caractéristique. Le lipiodol permet de voir le poumon refoulé au niveau du hile comme un moignon de pneumothorax plus ou moins collabé par l'épanchement.

Chez les malades présentant un trajet fistuleux thoracique, le lipiodol permet de l'explorer et de voir s'il communique avec la cavité pleurale ou les bronches.

Un corps étranger intra-bronchique, invisible aux rayons X, peut être mis en évidence par une injection de lipiodol, mais les images sont quelquefois d'interprétation difficile.

Robert Clément.

IL POLICLINICO [Sezione medica]
(Rome)

A. Pozzi. ***L'épreuve de l'eau dans l'étude fonctionnelle du foie*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], tome XXXVIII, n° 9, 1er Septembre 1931). — Estimant à la suite des travaux de Ferrannini, de Gilbert et Lereboullet que le foie joue un rôle important dans les phénomènes de régulation hydrique de l'organisme, P. a pratiqué chez des hépatiques l'épreuve de l'eau déjà étudiée en pareil cas par Adler, Pollitzer et Stolz. Après s'être assuré que le malade n'a pas d'insuffisance rénale, on lui fait absorber 500 cmc d'eau et on recueille les urines de 30 en 30 minutes. Dans les ictères infectieux graves, la quantité d'urine émise et son poids spécifique ne varient pas; dans les ictères infectieux légers, les courbes sont presque normales, à part une légère rétention; dans les ictères syphilitiques, l'élimination est retardée; dans les cirrhoses sans ascite, les courbes sont normales; dans les cirrhoses avancées avec ascite, il y a rétention complète; dans la lithiase biliaire et les ictères hémolytiques, l'épreuve de l'eau est normale. Cette épreuve est plus sensible que tous les autres moyens d'exploration de la fonction hépatique; elle a aussi une valeur pronostique, car ses modifications évoluent parallèlement à la maladie.

Etudiant l'action des diurétiques mercuriels sur la diurèse des hépatiques, P. estime que les résultats obtenus plaident en faveur d'une influence directe de ces diurétiques sur le foie, organe régulateur des échanges hydriques de l'organisme.

L. Rouquès.

G. Melli et **M. Pisa.** ***Recherches chimiques sur l'œdème pulmonaire aigu humain et expérimental*** (*Il Policlinico* [*sez. medica*], tome XXXVIII, n° 9, 1er Septembre 1931). — Chez les malades atteints d'œdème aigu du poumon, même sans lésions rénales, l'urée sérique est toujours augmentée; l'urée de l'expectoration a des valeurs égales ou un peu inférieures. L'albumine du sérum, le quotient albumineux et la pression osmotique sont normaux; l'expectoration est plus riche en albumine que dans toute autre maladie; le rapport sérine-globuline y est relativement bas, mais plus élevé que dans le sang. Le Ca, le Na, le Cl et le K du sérum ne présentent aucune modification; s'il y a dans l'œdème aigu une altération de l'équilibre minéral, elle est exclusivement tissulaire. Les chiffres trouvés dans l'expectoration sont assez voisins de ceux du sang, mais le calcium est toujours plus bas que dans le plasma. L'œdème aigu apparaît donc comme un liquide intermédiaire entre les transsudats et les exsudats, plus proche toutefois des derniers; il est bien distinct des œdèmes rénaux ou cardiaques et dépend d'une brusque perméabilité des capillaires pulmonaires.

L'œdème pulmonaire aigu expérimental a une constitution chimique très variable suivant sa cause: injection endotrachéale de glucose, injection intraveineuse d'adrénaline, action des gaz toxiques; ce qui montre l'inexactitude de la conception qui fait dépendre la composition chimique du liquide de l'œdème aigu de la structure particulière du poumon. Il y a une analogie marquée au point de vue chimique entre l'expectoration de l'œdème pulmonaire, les sécrétions nasales du rhume des foins et le liquide de l'œdème de Quincke, mais il n'est pas encore possible, malgré quelques analogies, d'en conclure à un mécanisme pathogénique commun.

L. Rouquès.

IL MORGAGNI
(Naples)

F. Ravazzoni. ***L'albuminurie orthostatique dans la tuberculose*** (*Il Morgagni*, tome LXXIII, n° 37, 13 Septembre 1931). — Ayant conclu d'un précédent travail qu'à côté de l'albuminurie orthostatique essentielle il existait une albuminurie orthostatique symptomatique, R. expose, dans cet article, les recherches qu'il a entreprises pour déterminer dans quelle mesure l'orthostatisme pouvait produire l'albuminurie chez les tuberculeux et quelle était sa valeur pour le diagnostic précoce de la maladie. Ayant étudié 350 tuberculeux, il a trouvé 68 cas d'albuminurie orthostatique, dont 38 chez les hommes (soit 25 pour 100 de ceux-ci) et 26 chez les femmes (soit 13 pour 100). 28 malades avaient moins de 25 ans, âge auquel l'albuminurie orthostatique essentielle disparaît; dans 11 cas, il y avait une lordose lombaire s'accentuant dans la position debout; chez quelques malades, l'albuminurie ne se retrouvait pas à tous les examens; chez d'autres, elle était nettement augmentée par l'alimentation; si bien que, tout compte fait, le pourcentage de l'albuminurie orthostatique relevant de la tuberculose se réduit à 10 pour 100 environ. Cette albuminurie peut avoir une valeur d'appoint pour le diagnostic, comparable à celle des courbes thermique ou pondérale. Elle peut être considérée soit comme la conséquence de l'atteinte des éléments sécréteurs du rein par les toxines provenant des foyers pulmonaires, soit plus probablement comme celle d'un état de misère organique du rein et d'insuffisance vaso-motrice chez des sujets débiles à tempérament asthénique.

L. Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

G. Giordano. ***Contribution à l'étude de la maladie de Still-Micheli*** (*Archivio per le Scienze Mediche*, tome LV, n° 7, Juillet 1931). — Dans cet intéressant travail basé sur 10 observations personnelles, G. passe en revue les signes et la pathogénie de l'affection; elle débute à un âge variable

(de 30 mois à 59 ans), soit insidieusement, soit brusquement comme un rhumatisme articulaire aigu; son évolution est traversée par des poussées plus ou moins intenses, pendant lesquelles les trois éléments fondamentaux du tableau clinique s'accentuent.

Les *arthropathies* sont symétriques; elles ont pour siège de prédilection les poignets, les articulations métacarpo-phalangiennes et du tarse, les coudes, les genoux, les hanches, les épaules, parfois aussi le rachis cervical ou les articulations temporo-maxillaires. Les articulations sont tuméfiées, de consistance pâteuse; l'hydarthrose est rare: dans le seul cas de G., le liquide était citrin avec une prédominance des polynucléaires. Sur les radiographies, on note une déminéralisation profonde des épiphyses, sans néoformation osseuse; les déformations paraissent dues presque exclusivement au jeu normal des pressions sur des os plastiques. Les douleurs sont précoces, ainsi que les troubles fonctionnels, qui relèvent de la rétraction des ligaments et des muscles périarticulaires souvent atrophiés.

Les *ganglions* sont tuméfiés dans de nombreuses zones, correspondant en général aux arthropathies; ils sont mobiles, de consistance élastique. Sur les biopsies, on constate tous les signes d'une inflammation chronique; les centres germinatifs, très développés, sont de type épithélioïde; les sinus lymphatiques forment de véritables lacunes, bourrées ou non de grosses cellules à noyau volumineux, à protoplasma ramifié, de lymphocytes et de quelques polynucléaires; les cellules endothéliales sont turgescentes; les capillaires sont nombreux, leurs parois épaissies, le réticulum accentué.

La *splénomégalie* existait dans 8 des cas de G.; elle n'est jamais très considérable; la consistance de l'organe est un peu augmentée.

On observe, en dehors de ces signes fondamentaux, une déficience de l'état général ou même un retard de développement, lorsque la maladie a débuté dans l'enfance. L'anémie modérée est la règle; il y a une leucocytose polynucléaire légère avec déviation vers la droite de la formule d'Arneth. La vitesse de sédimentation est très augmentée, surtout au cours des poussées.

L'étiologie reste imprécise: aucun argument valable ne permet d'incriminer la syphilis, le rhumatisme articulaire aigu ou une streptococcie spéciale. Il ne s'agit pas non plus de tuberculose, sous la forme bacillaire ou sous la forme filtrante, car les nombreuses inoculations et rétro-inoculations de G. sont restées négatives.

Admettant les idées de Micheli et Gamna, G. admet que la maladie de Still est un type clinique autonome, où les adénopathies et la splénomégalie, loin d'être des signes accessoires et fortuits, sont des symptômes intégrants. La maladie de Still doit être distinguée du rhumatisme articulaire chronique secondaire, des polyarthrites chroniques déformantes et même de certaines polyarthrites chroniques infectieuses primaires: celles-ci, adénopathie et splénomégalie à part, peuvent rappeler tout à fait la maladie de Still; elles en constituent peut-être d'ailleurs des formes incomplètes; mais en l'absence d'un critérium étiologique indiscutable il est préférable de les en distinguer. L. Rouquès.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Rudolf Jürgens. ***Répartition des protéines du sang dans les diathèses hémorragiques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXI, n° 4, 4 Septembre 1931). — J. a utilisé une méthode qu'il a antérieurement décrite avec la collaboration de H. Trautwein pour déterminer les protéines totales du plasma, l'albumine (sérine), la globuline, le fibrinogène et le volume du plasma. En outre, il a mesuré le temps de thrombose avec le thrombomètre capillaire (voir *La Presse Médicale*, 25 Mars 1931). Il a également déterminé le temps de saignement et de coagulation, calculé le nombre des plaquettes et, en outre, leur agglutination par un procédé nouveau. Au total, il a été fait 450 déterminations des protéines du sang soit à l'état normal, soit dans un certain nombre d'affections sanguines ou viscérales.

Il a été ainsi constaté que dans les diathèses hémorragiques qui s'accompagnent de thrombopénie, l'augmentation de la sérine est régulière et importante. Le même phénomène est constaté dans l'intoxication expérimentale aiguë par le benzol ou le plomb. L'augmentation de la sérine est parallèle notamment à la thrombopénie, à la diminution de l'agglutination des plaquettes, à l'augmentation du temps de saignement, la coagulation restant normale, et à une prolongation du temps de thrombose.

Par contre, dans l'hémophilie, le scorbut, la thrombasthénie, le purpura rhumatoïde et les diathèses hémorragiques qui s'observent en cas de septicémie, la formule des protéines du sang est normale.

Dans un troisième groupe figurent des affections du rein, les maladies infectieuses, la cachexie, la gestation, l'état d'inanition, les tumeurs, les lésions de la cellule hépatique. Dans tous ces cas, la globuline est fortement augmentée, les forces de défense de l'organisme le sont également tandis que le temps de thrombose est légèrement raccourci.

En somme, on retrouve la distinction déjà proposée par Frank entre les diathèses hémorragiques qui s'accompagnent de thrombopénie et d'une augmentation de la sérine d'une part et, d'autre part, les diathèses hémorragiques athrombopéniques dans lesquelles le taux de la sérine n'est pas modifié.

P.-E. Morhardt.

Karl Mészaros. ***Artérite oblitérante ou thromboangiite de Buerger comme maladie familiale*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXI, n° 4, 4 Septembre 1931). — L'étiologie de l'artérite oblitérante est rattachée à l'infection, à l'intoxication (tabagisme, ergotisme), au froid, au surmenage, etc. En outre, on a fait intervenir une disposition raciale. Mais jusqu'ici on n'a guère constaté de cas familiaux de cette maladie.

L'observation de M. est relative à un jeune homme de 22 ans qui présente des ulcères torpides des jambes, dont les artères radiale, cubitale, brachiale, dorsale du pied et tibiale postérieure ne donnent lieu à aucune pulsation sensible et dont la pression sanguine n'est pas mesurable. Sa température est sub-fébrile. Sa mère a 51 ans; elle n'est plus réglée et présente également des signes de la maladie. Trois sœurs de 28, 26 et 24 ans et 2 frères de 27 et de 19 ans présentent également des symptômes ainsi qu'un frère de la mère. Mais les grands-parents ne semblent pas avoir été atteints par la maladie, pas plus que les autres membres de la famille.

M. remarque qu'un diagnostic histologique n'a pas été fait parce que dans aucun cas il n'a été nécessaire d'amputer. Cependant, le diagnostic est confirmé par une diminution considérable des pulsations artérielles, les ulcères torpides et la subfébrilité. L'examen microscopique des capillaires montre, de plus, qu'il ne s'agit pas d'une névrose vaso-motrice. L'affection n'a pas atteint davantage les femmes que les hommes. Il ne peut pas s'agir d'ergotisme ni de tabagisme. Il faut donc admettre que la maladie a une origine endogène à laquelle on pourrait donner, à l'exemple de Krompecher, le nom de « téléangiosténose ».

P.-E. Morhardt.

K. Goette et H. Peters. ***La tendance à la guérison de l'ulcère duodénal*** (*Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, tome CLXXI, n° 5, 21 Septembre 1931). — En 1927, puis de nouveau en 1930, G. et P. ont cherché à revoir des malades qui avaient été soignés antérieurement à la clinique de Heidelberg pour ulcère duodénal. Sur 72 malades qu'ils ont ainsi convoqués, il en est 27 qu'ils n'ont pas pu joindre sans qu'il soit possible de dire s'il était parmi ceux-ci une proportion particulièrement élevée de guéris. Parmi les 45 restants, il en est 10 qui sont restés guéris pendant deux ans au moins; trois d'entre eux ne présentaient aucun signe radiologique et les 7 autres présentaient encore des signes de lésions: 5 fois déformation du bulbe avec plicature de la muqueuse et 2 fois niches.

Parmi les non guéris, G. et P. distinguent 3 groupes. Dans l'un rentrent 3 malades qui se plaignent de troubles durables mais modérés et peu caractéristiques. Leurs troubles peuvent être considérés comme en partie fonctionnels à la fois dyspeptique et nerveux.

Dans un second groupe de 20 malades, on constate le tableau clinique de l'ulcère duodénal: périodes pendant lesquelles il survient des douleurs à jeun, environ deux heures après les repas, parfois aussi la nuit, douleurs calmées par l'ingestion d'eau, de lait, de pain, etc. Ces périodes de crises de trois à six semaines de durée représentent toute la maladie. Entre temps, les malades se considèrent comme guéris sans qu'on puisse expliquer l'origine de ces variations dans les sensations.

Dans un troisième groupe figurent 7 malades qui souffrent de malaises constants avec aggravation périodique. Chez eux l'état psychique joue un très grand rôle: ils se sentent incapables de faire n'importe quel travail; ils présentent également une constipation chronique hypotonique. Les plis de la muqueuse gastrique présentent souvent une tuméfaction et une rigidité très importantes.

On peut donc distinguer chez ces malades deux phénomènes, l'affection organique ulcéreuse puis cicatrisée de la paroi et une labilité anormale du système végétatif et peut-être une sensibilité constitutionnelle particulière. En tous cas, l'attention des malades est facilement détournée, ce qui montre que l'intensité objective de leurs sensations n'est pas très grande.

La comparaison de l'état clinique et morphologique montre que, sur 36 malades qui n'étaient pas guéris morphologiquement, il y en avait 18 qui présentaient une niche, dont 4 étaient cliniquement bien portants et 14 non guéris. De ce groupe de morphologiquement non guéris, faisaient partie 16 autres malades chez lesquels on trouvait des cicatrices et des rétractions dont 6 sans symptômes cliniques. Par ailleurs, sur 31 malades subjectivement améliorés, on a constaté 21 fois une amélioration radiologique et 10 fois un état objectif non modifié ou aggravé. Sur les 9 malades non modifiés ou aggravés subjectivement, il y en a eu 7 sur lesquels les rayons Rœntgen ont donné des renseignements correspondants et 2 chez lesquels l'état local était amélioré. Il n'y a donc pas parallélisme entre les constatations morphologiques et cliniques, sans qu'on puisse dire si cette absence de parallélisme est due à la maladie ou à une insuffisance des méthodes de recherches. On peut se demander d'ailleurs si le processus qui frappe la muqueuse et les sensations ne sont pas quelque chose de nosologiquement différent. Il y aurait alors lieu de considérer les sensations subjectives périodiques comme indépendantes des lésions gastriques et pouvant être en rapport avec une gastrite achylique.

Les modifications des plis de la muqueuse gastrique ne sont pas en relations simples avec le processus ulcéreux et cet état de la muqueuse est plus difficile à modifier qu'une niche récente. Les malades qui présentent ce symptôme sont, d'ailleurs, difficilement guérissables.

KYMOSINE ROGIER

A base de FERMENT LAB ET SUCRE DE LAIT PURIFIÉS

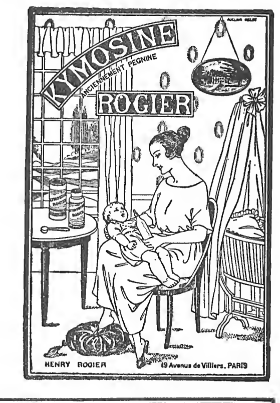
Ferment naturel sélectionné pour le Régime lacté

Rend le lait de vache absolument digestible facilite la digestion du lait de femme chez le nouveau-né.

CHEZ L'ADULTE	CHEZ L'ENFANT
Dans tous les cas où le régime lacté est nécessaire : Affections du Cœur, du tube digestif, des Reins, Albuminurie, Artériosclérose.	Vomissements, Gastro-entérite, Athrepsie, Choléra infantile.

Mode d'emploi : Pour le lait de vache, une cuillerée-mesure dans 200 c.c. de lait tiédi à 40° ; agiter vigoureusement jusqu'à disparition du caillot.

Pour le lait de femme : Une pincée de Kymosine dans une cuillerée à café d'eau ou de lait de la nourrice avant chaque tétée.



HENRY ROGIER

Docteur en Pharmacie,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

56, Boulevard Péreire — PARIS

La composition du Lait Gloria est uniforme

L'uniformité de composition du lait concentré stérilisé non sucré Gloria est doublement assurée : 1° du fait que ce lait provient de troupeaux sélectionnés; 2° qu'il contient toujours les mêmes quantités de matières grasses et constituants solides, qui ne sont jamais au-dessous d'un standard fixé.

Cette uniformité est particulièrement précieuse parce qu'elle permet l'utilisation d'un lait pur et invariable pour l'alimentation infantile. A cela il y a lieu d'ajouter la digestibilité parfaite due à l'homogénéisation et à la stérilisation de Gloria en boîtes closes.

Le lait Gloria provient de la première région laitière de France : Carentan, près d'Isigny (Normandie). C'est le meilleur lait pour l'alimentation infantile que les praticiens puissent recommander.

LAIT GLORIA, Sté Ame, 48, rue Ampère, PARIS (17e)





LAIT GLORIA, Société Anonyme, 48, rue Ampère, **PARIS (17e)**

Veuillez m'adresser Échantillon et Littérature

Nom : ....

Rue ....

Ville : .... *Département* : ....

Parmi les malades qui ont été ainsi examinés de nouveau, il en est 5 qui ont été opérés. Les résultats ont été, en général, peu favorables.

Au point de vue thérapeutique, G. et P. conseillent une cure sévère après une forte hémorragie ou en cas d'hémorragie occulte persistante. Pendant les premières trois semaines, ils font garder le lit, puis, progressivement, font lever le malade pendant huit jours et enfin, au bout d'une semaine ou deux, lui font reprendre son travail. Ils donnent de la belladone jusqu'à déterminer une légère sensation de sécheresse de la bouche mais peu d'alcalins qu'ils accusent de créer des lésions de la muqueuse gastrique. Ils se basent beaucoup sur les déclarations subjectives du malade pour fixer le régime. Au début, ils donnent 500 à 800 cmc de potages divers en augmentant progressivement jusqu'à 1,5 à 2 litres. Ils interdisent le tabac et le café. La guérison survient à tout âge, mais les jeunes gens célibataires sont dans de beaucoup moins bonnes conditions que les autres malades.

P.-E. Morhardt.

Erwin Becher et **Elfriede Herrmann.** ***L'azote aminé libre et combiné dans le sang désalbuminé et dans les tissus à l'état normal et pathologique. 1re communication : Sur les méthodes et sur l'azote aminé libre et combiné du sang désalbuminé*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXI, n° 5, 21 Septembre 1931). — La méthode employée par B. et H. pour déterminer l'N aminé libre et combiné est décrite en détail. Elle consiste d'abord à désalbuminer le sang avec une solution d'acide trichloracétique à 20 pour 100 qui ne précipite aucune des substances recherchées et qui ne décompose pas l'albumine. Le filtrat doit être neutralisé avec une lessive de soude avant de pratiquer la réaction de Folin. Cette méthode ne donne pas lieu à la production d'acide aminé primitif. Elle ne donne pas non plus lieu à la production d'ammoniaque à partir de l'urée, de la créatinine ou d'autres substances. Les substances basiques, volatiles ne constituent pas non plus de sources d'erreurs.

Au total, les sources d'erreurs de cette méthode qui est très complètement discutée ne dépassent pas 0,6 milligr. pour 100 gr. avec la réaction de Folin tandis qu'avec la titration au formol et avec le procédé de Van Slyke les erreurs peuvent atteindre 3 milligr. pour 100 gr. La recherche des substances azotées ajoutées au sang a montré, en effet, qu'on retrouve les quantités ajoutées.

P.-E. Morhardt.

Erwin Becher et **Elfriede Herrmann. — *L'azote aminé libre et combiné dans le sang désalbuminé et dans les tissus à l'état normal et pathologique. IIe communication : Constatations sur le sang normal de l'homme et des animaux*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXI, n° 5, 21 Septembre 1931). — La méthode de B. et H. a permis de constater que, dans le sang humain, on trouve 5 à 7 mg. (en moyenne 6,6 mg.) pour 100 gr. d'N aminé libre. L'N aminé combiné et libéré par hydrolyse varie entre 1 et 3 mg. (en moyenne 2,3 mg.), c'est-à-dire le 1/3 et parfois la 1/2 de l'N aminé libre.

L'N aminé augmente parfois après ingestion d'aliments. Dans le sang désalbuminé, on constate une diminution progressive de N aminé qui, au contraire, augmente dans le sang non désalbuminé et stérile. Ces modifications cessent au bout de quelques jours et sont beaucoup plus marquées dans le sang total que dans le sérum. Cette augmentation dans le sang total doit être due à une libération des acides aminés par l'albumine, surtout par celle des érythrocytes.

Les acides aminés injectés dans le sang disparaissent relativement vite dans les tissus. L'acide aminé libre atteint un taux plus élevé dans le sang total que dans le sérum ou dans le plasma : la différence entre le sang total et le plasma s'élève, en moyenne, à 1,4 milligr. pour 100 gr. Dans les érythrocytes isolés, on trouve davantage de N aminé que dans le sang total. La différence s'élève, en moyenne, à 2,3 milligr. pour 100 gr.

Chez les mammifères, on trouve des valeurs analogues à celles qui sont constatées chez l'homme. Cependant, chez le lapin et chez le cheval, les chiffres sont un peu plus élevés.

Chez les animaux à globules rouges nucléés, on trouve, par contre, des valeurs 2 à 3 fois plus élevées pour l'N aminé libre ou combiné que chez l'homme ou les mammifères. Cependant, la réaction du biuret est toujours négative sur le sang désalbuminé. Il ne peut donc pas s'agir de peptone qui, à cette dose, donnerait certainement la réaction du biuret. C'est surtout l'N aminé des érythrocytes qui intervient dans cette augmentation. Ces différences sont encore plus marquées pour l'N aminé combiné que pour l'N aminé libre.

P.-E. Morhardt.

I. Barta. ***La signification de la ponction sternale dans les anémies et les modifications de la moelle osseuse pár l'hépatothérapie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXI, n° 5, 21 Septembre 1931). — La ponction de la moelle osseuse joue un grand rôle au point de vue du diagnostic différentiel des anémies. C'est souvent la seule méthode qui permette de se rendre compte des fonctions de régulation de la moelle osseuse et de diagnostiquer l'anémie aplastique. La formule sanguine ne présente pas toujours des modifications parallèles à celles de la moelle. La leucopoïèse présente également des modifications caractéristiques dans les anémies. En particulier, dans les anémies secondaires aiguës on remarque une augmentation des formes en bâtonnets, des formes jeunes et des myélocytes selon Schilling ; dans les anémies chroniques, il y a augmentation des myélocytes et des promyélocytes ; dans l'anémie pernicieuse, les formes granulées diminuent.

Dans l'anémie pernicieuse, la formation de mégaloblastes est une conséquence des modifications qualitatives de la moelle osseuse.

Les effets de l'hépatothérapie se manifestent d'abord par une régression de la mégaloblastose. Quand le nombre des érythrocytes est normal, les mégaloblastes disparaissent complètement de la moelle osseuse. B. n'a pas observé de cas réfractaires au foie. Quand les mégaloblastes disparaissent de la moelle, le foie a des effets thérapeutiques.

Les modifications du sang observées dans l'anémie pernicieuse ne sont pas parallèles aux autres symptômes cliniques. Le foie agit en première ligne sur les fonctions de la moelle osseuse. Les altérations sanguines sont conséquence d'un trouble fonctionnel du foie et celles de la moelle osseuse sont simplement un phénomène symptomatique. L'administration de préparations à base de foie ou d'estomac introduit dans l'économie des substances qui agissent sur le foie où se produisent, sous cette influence, des corps régulateurs des fonctions de la moelle osseuse.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague et Vienne)

H. Curschmann. ***L'angine de poitrine vasomotrice et les états voisins*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVII, n° 31, 31 Juillet 1931). — C. se plaint qu'on néglige trop, dans les descriptions dogmatiques, et qu'on méconnaisse trop souvent en pratique, le syndrome de l'« angine de poitrine vasomotrice », décrit en 1867 par Nothnagel, et à l'égard duquel certains auteurs comme Morawitz manifestent un certain scepticisme.

Parmi les 20 cas observés par lui (15 femmes et 5 hommes), C. en choisit un, dont il relate, à titre d'exemple, l'observation détaillée. On y retrouve les traits les plus habituels de cette affection : apparition chez une femme jeune, émotive, — influence des excitations psychiques, du froid, des premières heures de la nuit, des périodes menstruelles, association de palpitations, de refroidissement, de pâleur et d'insensibilisation des mains, des pieds, quelquefois des oreilles et du nez ; sueurs froides, quelquefois céphalée hémicranienne concomitante, accompagnée de vomissements, de flammèches devant les yeux, absence de tout signe fonctionnel objectif dans l'intervalle des crises, dermographisme, troubles de la vie sexuelle (coïtus interruptus), auxquels C. attache une importance considérable dans l'étiologie des accidents, et dont la correction entraîne la disparition de l'angor.

Il semble que la description de C. concerne surtout les « fausses angines de poitrine », les variétés bénignes. Cependant il concède à Morawitz qu'il existe des cas d'« angine de poitrine vaso-motrice scléro-coronarienne », dont l'évolution peut être mortelle, mais qui restent relativement rares.

Ce qui, pour C., doit toujours donner l'éveil sur la gravité d'un syndrome angineux, ce sont l'âge avancé du malade, l'élévation considérable (non pas seulement 15 ou 20 mm. de Hg, mais 50 à 70 mm.) de la tension artérielle pendant la crise, la localisation brachiale gauche franchement unilatérale de la douleur et des troubles vaso-moteurs, la très grande intensité de la douleur et de l'angoisse (Morawitz), enfin le rôle provocateur de l'effort et de la réplétion gastrique.

Par contre, ni le rôle des facteurs psychiques, du froid, du décubitus, ni les manifestations émotives ou hystériformes associées ne permettent de nier la lésion coronarienne.

C. repousse l'ancienne interprétation pathogénique de Nothnagel, d'après laquelle le spasme périphérique, en augmentant brusquement le travail du cœur, déterminerait la douleur angineuse : la faible augmentation de la tension systolique observée dans ces cas ne permet pas d'admettre cette hypothèse. Il faut admettre plutôt que le spasme artériel intéresse les artères coronaires en même temps que les artères périphériques, et qu'il peut affecter en même temps les artères cérébro-méningées, les artères rétiniennes (Wagemann), même les artères mésentériques ou rénales. L'angor tabagique, l'angor déclenché par l'immersion des mains dans l'eau glacée confirment cette interprétation.

Pour C., l'étiologie réside avant tout dans les troubles sexuels, et c'est presque toujours le coïtus interruptus, — surtout chez la femme, — qu'il faut incriminer. La psychothérapie et une hygiène sexuelle appropriée, l'hydrothérapie sont les principaux éléments du traitement.

Parmi les médicaments, C. vante particulièrement la quinine, et les hypnotiques barbituriques dans l'angor vaso-moteur de décubitus. Dans les formes intenses, on peut conseiller les nitrites, mais il faut prohiber avec énergie la morphine, les cardio-toxiques et tous les médicaments qui peuvent confirmer le malade dans ses soupçons d'une maladie organique sévère.

J. Mouzon.

C. Fr. Funk. ***Influence du régime de Sauerbruch, Herrmannsdorfer et Gerson dans le domaine de la neuro-régulation végétative*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVII, n° 31, 31 Juillet 1931). — F. a étudié le mécanisme de l'action qu'exerce le régime de Gerson sur les lésions de la tuberculose cutanée, et en particulier sur le lupus. Ses recherches ont porté sur 13 cas soumis au seul traitement diététique, et sur 70 autres observations dans lesquelles le régime a été associé aux rayons ultra-violets ou à d'autres thérapeutiques.

Les conclusions sont les suivantes :

1° Le régime de Gerson ne modifie pas le *pH* du sang ni des humeurs (Straub, Hasselbach), non plus que le métabolisme de l'eau et du sel ;

2° Le régime provoque une accélération de la sédimentation globulaire (400 déterminations), ce qui traduit un processus de résorption, et ce qui témoigne d'un bon pronostic ;

3° Il détermine une tendance de la formule sanguine à la lymphocytose (350 déterminations), selon le type des infections chroniques latentes, peu virulentes;

4° Il est suivi d'une augmentation de la sécrétion gastrique et de sa richesse en acide chlorhydrique (300 déterminations). Cette action, souvent très intense, est assez surprenante de la part d'un régime déchloruré; mais les faits obligent à la constater.

Pour F., l'action du régime n'est nullement spécifique à l'égard de la tuberculose, mais elle s'exerce sur le système nerveux végétatif de manière à stimuler les fonctions vitales qui sont précisément les plus importantes dans la lutte contre la tuberculose.

Une des malades de F. réagissait très mal à la cure de Gerson, et s'aggravait plutôt que de s'améliorer. Or, cette malade ne faisait pas de réaction lymphocytaire, et sa courbe d'éliminations chlorurées présentait de grandes oscillations irrégulières, que F. interprète comme le signe d'une perturbation du système neuro-végétatif.

J. Mouzon.

W. Bittner. ***Une brûlure grave par le phosphore blanc*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 34, 21 Août 1931). — Un garçon de 16 ans, passant sur une route avec une voiture à bras, vers 5 heures du soir, voit subitement, sans raison apparente, des flammes jaillir sous son pied droit, et ses vêtements s'enflammer. Un homme survient, l'enveloppe de son manteau, parvient à éteindre les flammes, et amène le blessé à l'hôpital vers 7 heures du soir.

Tout le membre inférieur droit est intéressé par la brûlure, qui détermine de grosses escarres au pied. Des brûlures beaucoup plus circonscrites se retrouvent sur la jambe gauche et sur la main droite. La main gauche ne porte que des brûlures du 2e degré. Le blessé dégage une odeur phosphorée très nette.

Renseignements pris, on se sert beaucoup, dans la campagne, de pâtes phosphorées pour la destruction des souris. Quand elles sont bien mélangées, ces pâtes ne peuvent s'enflammer spontanément, mais un morceau de phosphore blanc a pu tomber sur le sol; la pluie, qui tombait ce jour-là, a pu l'empêcher de s'enflammer spontanément, et c'est le choc de la chaussure de l'enfant qui a déterminé l'explosion.

Les pansements furent faits au permanganate de potasse très dilué, pour éviter que des applications grasses ne facilitent la résorption du phosphore. Il n'y eut aucun signe d'intoxication phosphorée. L'état général resta d'abord satisfaisant malgré l'intensité des douleurs et des accès de fièvre. Mais les plaies restaient atones. Après trois semaines, il n'y avait presque pas de tissu de granulation. Des accidents toxi-infectieux apparurent, avec albuminurie, et le blessé fut enlevé le vingt-sixième jour, par une parotidite terminale.

J. Mouzon.

BRUNS' BEITRAGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin, Vienne)

Wulsten. ***Clinique et pathologie des ruptures centrales du foie*** (*Brun's Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLIII, n° 3, 30 Septembre 1931). — W. publie tout d'abord l'observation suivante que nous résumons: une enfant de 11 ans est amenée à l'hôpital le 16 Février 1931, ayant fait quatre semaines auparavant une chute sur l'abdomen en glissant sur des patins à roulettes. Les douleurs abdominales ont été à ce moment très violentes, avec vomissements et état syncopal; les régions hépatique et splénique ont été le siège d'ecchymoses superficielles. Aucun médecin n'a été appelé lors de l'accident initial et au bout de quelques jours l'état général s'est amélioré. La malade restait cependant dans un état de faiblesse, avec pâleur marquée et apyrexie; au huitième et au dixième jour survinrent des hématémèses et dans ces derniers temps la malade ne pouvait plus rester étendue sur le côté droit.

A l'examen on est frappé par la pâleur de la peau et le léger subictère des muqueuses. L'abdomen est peu tendu; il existe cependant une sensibilité douloureuse diffuse sur le foie et sur la rate; le bord inférieur du foie est perceptible à 4 travers de doigt au-dessous des fausses côtes. L'examen de sang montre un état anémique prononcé: 1.120.000 globules rouges, contre 9.200 globules blancs.

On pose le diagnostic de rupture sous-capsulaire du foie avec thrombose de la veine porte.

Dans la suite la température s'éleva aux environs de 39°5, le météorisme s'accentua, ainsi que les douleurs et l'enfant décédait le 13 Avril 1931.

A l'autopsie on put constater l'intégrité de la capsule du foie et une rupture sous-capsulaire du lobe droit sur toute son étendue, empiétant légèrement sur le lobe gauche. Limitée par la capsule cette rupture avait déterminé la formation d'une vaste cavité comprenant des restes de tissu hépatique, du tissu conjonctif, des éléments sanguins et des canaux biliaires.

W. discute le point de départ de cette rupture: a-t-elle été préventivement périphérique ou centrale? Il conclut à un point de départ périphérique, irradiant ensuite vers le centre de l'organe.

Il est bien difficile de préciser le diagnostic exact de cette lésion; certains auteurs ont insisté sur les phénomènes initiaux de choc suivis ensuite d'un ralentissement du pouls (réflexe sympathique), la douleur scapulaire, l'hématurie, etc. Il ne semble pas qu'une intervention précoce puisse guérir ces blessés.

Contrairement à ce qui est souvent décrit, ces ruptures centrales doivent être tenues pour une grave lésion et W. critique les conclusions de Bauer prétendant que ces ruptures centrales guérissent en règle spontanément. Cela nous paraît dépendre avant tout de l'étendue des lésions.

J. Sénèque.

Fromme. ***Sur l'extraction des corps étrangers des voies aériennes par thoraco-pneumotomie; considérations au sujet de 4 cas*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLIII, n° 3, 30 Septembre 1931). — L'indication de la thoraco-pneumotomie pour extraire les corps étrangers des voies aériennes est sans aucun doute peu fréquente, car d'une part ces corps étrangers peuvent être expulsés spontanément, d'autre part ils seront le plus souvent extraits par bronchoscopie directe.

Cependant dans la statistique de Blezinger sur 724 cas de corps étrangers des voies aériennes, 53 fois (c'est-à-dire 7,3 pour 100 des cas), la bronchoscopie s'est révélée comme insuffisante, surtout quand il s'agit de corps étrangers de petit volume, s'engageant dans des bronches de deuxième et troisième ordre. Dans d'autres statistiques les échecs de la bronchoscopie sont moindres et c'est ainsi que dans celle de Jackson qui porte sur 1.485 cas, s'étendant sur 20 années, on ne compte que 2 pour 100 d'échecs.

Dans la statistique de F. qui porte sur 703 cas: 245 malades ont guéri après trachéotomie, 91 sont morts, 12 ont rejeté le corps étranger après administration d'un vomitif, 169 l'ont expulsé spontanément sans aucune thérapeutique et 186 ont décédé. La mortalité a été de 33 pour 100 pour les corps étrangers de la trachée et de 55 pour 100 pour ceux des bronches.

F., après ces considérations, rapporte 4 cas de corps étrangers des voies aériennes, ayant migré dans les bronches accessoires et qui furent extraits avec succès par thoraco-pneumotomie.

Le *premier cas* concerne une femme de 28 ans ayant « dégluti » 6 ans auparavant une épingle. Elle se plaint depuis quelques mois de douleurs dans l'hémithorax droit, avec catarrhe chronique et l'examen radiographique montre l'existence d'une épingle dans le lobe inférieur du poumon droit juste au-dessus du diaphragme. Le siège contre-indique toute tentative d'extraction par les voies naturelles.

Intervention le 3 Mars 1927 sous anesthésie locale, puis quelques bouffées d'éther. Résection sous-périostée de la 8e côte sur 9 cm. de long, avec utilisation de l'appareil à hyperpression. Par le palper digital on perçoit l'épingle; pneumotomie et extraction du corps étranger autour duquel se trouve un petit abcès; attouchement de la zone abcédée à la teinture d'iode et suture du parenchyme pulmonaire par plusieurs points de catgut. Ponction de la plèvre pour s'assurer qu'il ne s'est pas formé de pneumothorax. Guérison après évacuation d'un léger exsudat sanguin (70 cmc).

Dans le *deuxième cas* il s'agit d'un homme de 46 ans qui dans une tentative de suicide avait avalé 4 épingles de sûreté ouvertes et un manche de cuiller. Trois épingles et le manche de cuiller ont migré dans les voies digestives et ont été extraits par laparotomie; une épingle seulement a gagné les voies aériennes et s'est engagée ouverte, pointe en haut, dans la bronche droite. Plusieurs tentatives bronchoscopiques restent sans résultat, même après trachéotomie. L'examen radiographique montre le siège de l'épingle au-dessus de la coupole diaphragmatique droite.

L'intervention est pratiquée quinze mois après l'accident sous anesthésie rectale à l'avertine. Résection sous-périostée de la 7e ou 8e côte gauche, de la ligne scapulaire à la ligne mamelonnaire sur 15 cm. de longueur. On ne sent pas le corps étranger, mais dans la zone infiltrée on pratique la pneumotomie et l'on extrait l'épingle. Suture du poumon en trois étages au catgut et suture de la plèvre sans drainage. Suppuration diffuse de la plaie. Guérison.

Le *troisième cas* concerne une femme de 26 ans qui a aspiré un mois auparavant une épingle avec tête en verre. Tentative d'extraction par bronchoscopie après trachéotomie sans résultat. Sous anesthésie à l'avertine, résection de la 6e côte sur 10 à 12 cm.; on ne sent pas l'épingle (qui se localise au-dessus de la coupole diaphragmatique gauche), mais on incise dans le tissu infiltré et on la trouve à 2 cm. de profondeur. Suture du poumon en plusieurs étages, et suture de la plèvre. Infection secondaire de la plaie, nécessitant un drainage de la plèvre. Guérison.

Le *quatrième cas* enfin a déjà été publié ici même (tome CXXXIX); il concerne une femme de 17 ans ayant aspiré un mois auparavant une épingle que l'on ne put extraire par bronchoscopie.

Intervention sous anesthésie générale à l'éther, après résection de la 8e côte droite sur 12 à 15 cm. de longueur (l'épingle était localisée à la radiographie dans l'hémithorax droit au-dessus du diaphragme). Incision sur le corps étranger que l'on extrait. Suture du poumon et de la plèvre.

Ces 4 observations sont donc à peu près identiques; il s'agissait dans chaque cas d'une épingle ayant migré à la partie inférieure de l'arbre bronchique; dans chaque cas on fit une résection unicostale étendue avec pneumotomie suivie de suture complète du poumon et de la plèvre. Dans 2 cas seulement on put sentir directement le corps étranger, dans les 2 autres c'est en incisant dans le tissu infiltré que l'on put découvrir l'épingle. Enfin il y eut dans 2 cas échec de la suture primitive du poumon et de la plèvre puisque des accidents infectieux sévères se développèrent dans la suite.

Une bonne localisation est indispensable dans les examens pré-opératoires et il nous semble que la radiographie stéréoscopique (dont F. ne parle pas) serait ici tout particulièrement indiquée.

J. Sénèque.

THE LANCET
(Londres)

Prof. **M. Stewart.** ***Les lésions précancéreuses du type digestif. A. Leucoplasie; cirrhose du foie, hémochromatose*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5637, 12 Septembre 1931). — L'existence de lésions précancéreuses du tube digestif est indubitable, mais les données statistiques précises sur l'importance étiologique de ces lésions dans la pathogénie du cancer sont encore très peu nombreuses. Aussi le travail de S., professeur d'anatomie pathologique à Leeds, est-il d'un puissant intérêt.

Dans ce premier article, l'auteur étudie d'abord la leucoplasie, lésion précancéreuse très importante. Un fait très intéressant: la leucoplasie linguale, toujours syphilitique, donne naissance à un carcinome lingual dans 1/3 des cas; alors que la leucoplasie labiale, jugale ou œsophagieuse, dont l'étiologie est très rarement syphilitique, n'est jamais une lésion précancéreuse. Pour les cancers des lèvres, il est probable que les irritations et brûlures chroniques (cigarettes, pipes) sont une importante lésion précancéreuse; ce qui rend compte de la rareté extrême des cancers de la lèvre supérieure.

Un fait analogue est le cancer des joues observé avec une extraordinaire fréquence dans certains pays où l'habitude de chiquer le bétel est répandue; sans doute, le bétel irrite la face interne des joues et détermine une lésion précancéreuse aboutissant fréquemment au carcinome; dans certains pays, le cancer des joues représente 85 pour 100 du nombre total des cancers.

L'auteur étudie ensuite complètement le rôle précancéreux des cirrhoses hépatiques. Le cancer primitif du foie se développe 9 fois sur 10 sur un foie cirrhotique. Par contre, dans l'hémochromatose, le cancer du foie apparaît avec une fréquence qui n'est pas supérieure à celle des autres cirrhoses: il ne semble donc pas que l'hémochromatose soit une lésion précancéreuse.

R. Rivoire.

Prof. **M. Stewart.** ***Les lésions précancéreuses du tube digestif*** (*suite*). ***B. Cholélithiase; ulcus gastrique; gastrite chronique; diverticulite; appendicite*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5638, 19 Septembre 1931). — L'association de cholélithiase, de cholécystite et de cancer des voies biliaires est maintenant bien établie: 70 pour 100 des sujets morts de cancer des voies biliaires avaient des calculs vésiculaires, et presque toujours des calculs à facettes multiples.

L'auteur étudie ensuite à fond la question de l'ulcéro-cancer gastrique, et c'est certainement la partie la plus intéressante de ce travail. Pour lui, l'existence de l'ulcéro-cancer est indubitable, et 1/6 des cancers gastriques se développent aux dépens d'un vieil ulcère. S. explique avec une clarté remarquable son critérium pour le diagnostic anatomique de l'ulcéro-cancer.

Le rôle précancéreux de la gastrite chronique n'est pas encore démontré. Pour certains auteurs, l'hypochlorhydrie précéderait toujours le cancer, étant due à une gastrite chronique.

La diverticulite ne semble pas avoir de rôle précancéreux important. Par contre, la tumeur carcinoïde de l'appendice s'observe presque toujours sur un appendice enflammé et oblitéré.

R. Rivoire.

Prof. **M. Stewart.** ***Les lésions précancéreuses du tube digestif (fin). C. Tumeurs bénignes; lésions parasitaires*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5639, 26 Septembre 1931). — La lésion précancéreuse essentielle du gros intestin est l'adénome bénin ou polype. Dans certains cas rares, ces polypes sont extraordinairement multiples, et constituent une affection héréditaire, la polypose familiale, très grave parce qu'aboutissant fatalement au carcinome colique. A l'autopsie, des polypes du côlon ont été trouvés par l'auteur dans 25 pour 100 des cas de cancer colique, ce qui indique l'importance étiologique de cette lésion précancéreuse.

Des polypes analogues existent dans l'estomac et sont le point de départ d'un cancer gastrique dans 4 pour 100 des cas.

Il n'y a encore aucune évidence que des lésions parasitaires puissent, chez l'homme, commander l'apparition de cancer du tube digestif. Le travail de Fibiger sur le cancer à spiroptère du rat, et celui de Bullock et Curtin sur le sarcome à cysticerque du foie des rongeurs, n'ont pas d'application directe à l'homme. Cependant, quelques observations ont été publiées de cancer primitif du foie coexistant avec une infestation par l'*Opisthorchis felineus*, particulièrement en Russie et en Extrême-Orient. Par contre, la schistosomiase, qui est certainement la cause de la fréquence du cancer vésical en Egypte, n'a aucun rôle étiologique dans la genèse des cancers coliques ou hépatiques.

R. Rivoire.

P. Mac Cowan et **J. Quartel.** ***Etude de la glycémie dans les maladies mentales*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5640, 3 Octobre 1931). — L'auteur a étudié avec précision le métabolisme du sucre par l'épreuve de la glycémie provoquée chez de nombreux malades atteints d'affections mentales. Les résultats les plus intéressants ont été obtenus en étudiant les malades cyclothymiques: chez eux, l'épreuve de la glycémie provoquée a montré qu'il existait dans presque tous les cas un indice hyperglycémique élevé (le taux du glucose dans le sang n'est pas redevenu normal deux heures après l'ingestion du repas sucré). Constatation plus intéressante, l'indice hyperglycémique s'abaisse au fur et à mesure que l'état émotionnel du malade se rapproche de la normale, et tombe à 0 à la guérison: la mesure de la glycémie est donc importante pour suivre l'évolution de la maladie. Chez les malades dont l'indice hyperglycémique bas est en désaccord avec des signes cliniques intenses, il y a en général un élément hystérique surajouté, et le pronostic est particulièrement mauvais.

Dans la schizophrénie, l'indice hyperglycémique est d'ordinaire peu modifié, sauf dans les cas graves qui s'accompagnent de déséquilibre endocrinien.

La menstruation modifie considérablement l'indice hyperglycémique même chez la femme normale: il ne faut donc pas tenir compte des chiffres élevés trouvés chez une femme au cours des règles.

D'une façon générale, il semble que l'élévation de l'indice hyperglycémique soit en relation avec un état émotionnel intense.

R. Rivoire.

J. F. Wilkinson. ***Injections d'extraits de foie très purifiés dans l'anémie pernicieuse*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5641, 10 Octobre 1931). — Dans certaines formes particulièrement graves d'anémie pernicieuse, les préparations de foie ou d'estomac ne peuvent être absorbées par la bouche par suite de nausées et de vomissements persistants. D'autre part, l'action thérapeutique de ces préparations ne commence qu'au bout de dix à douze jours. Dans les formes extrêmement intenses, où le chiffre des hématies est inférieur à 800.000, il y a intérêt à utiliser une préparation dont l'action est plus rapide. Aussi W. a préparé un extrait de foie injectable, suivant la méthode de Cohn, mais supérieur aux précédents parce que absolument désalbuminé et ne contenant pas de substance vasodépressive, pouvant donc être utilisé sans aucun danger.

Ces extraits ont été injectés, par voie intraveineuse ou intramusculaire, à la dose de 5 cmc par jour (équivalente à 120 gr. de foie), pour traiter cinq malades dont le chiffre des hématies était inférieur à 800.000, et dont l'état était pratiquement désespéré. Dans tous les cas, il y eut une réponse réticulocytaire presque instantanée (12 à 24 h.), et une ascension très rapide du chiffre des hématies; la guérison survint en un laps de temps inférieur à celui habituel.

Les extraits de foie injectables sont une médication très utile dans les cas graves d'anémie pernicieuse, où l'état général nécessite un traitement d'urgence. Les résultats sont très supérieurs à ceux obtenus par la transfusion.

R. Rivoire.

B. Pritchard. ***Les tumeurs cérébrales peuvent déterminer des crises d'épilepsie généralisées plusieurs années avant l'apparition des symptômes*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5642, 17 Octobre 1931). — P. apporte 5 observations où l'apparition de signes objectifs de tumeur cérébrale fut précédée pendant un à dix-huit ans de crises d'épilepsie généralisées banales, qualifiées d'essentielles. Dans 3 cas, il s'agissait de gliome, dans un cas de tumeur juxtahypophysaire, dans le dernier d'un kyste du lobe frontal. Dans le dernier cas, la malade avait eu plusieurs crises d'état de mal épileptique très graves échelonnées sur deux ans, sans aucune lésion du fond d'œil: l'intervention montra un gliome occupant la presque totalité de l'hémisphère gauche.

En présence d'une épilepsie généralisée apparaissant chez un sujet adulte, il faut, avant d'affirmer le diagnostic d'épilepsie essentielle tardive, suivre le malade pendant longtemps, faire de multiples examens du fond d'œil et des radiographies fréquentes, afin de dépister une tumeur cérébrale se développant lentement.

R. Rivoire.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

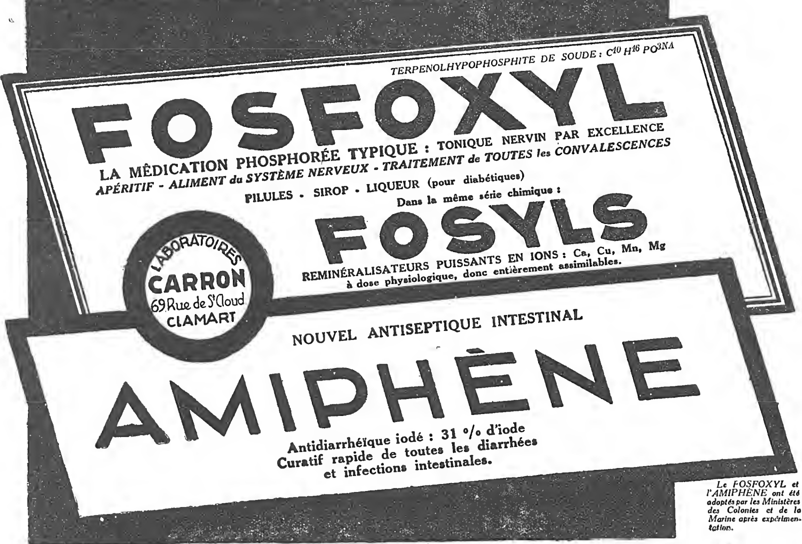
R. G. Carothers. ***L'anesthésie locale dans la réduction des fractures*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 8, 22 Août 1931). — C. a utilisé, dans 270 cas de fractures fermées, la méthode d'anesthésie locale de Lorenz Böhler, par injection de solution cocaïnée dans l'hématome. On introduit lentement une longue aiguille dans le membre, jusqu'à ce que l'on puisse retirer facilement du sang; on injecte alors avec une seringue de Luer 20 cmc d'une solution de procaïne à 2 pour 100. Cinq minutes après l'injection, l'anesthésie du foyer de fracture est complète, la révolution musculaire totale; on peut alors réduire facilement la fracture, poser le plâtre, et contrôler la réduction par la radiographie. En cas de réduction imparfaite, on peut retoucher le travail, car l'anesthésie dure une heure et demie environ.

Cette méthode d'anesthésie a le défaut théorique d'augmenter les chances d'infection; en fait, dans les fractures fermées, à condition d'opérer avec propreté, il n'y eut d'infection en aucun des 270 cas, ni dans les 600 autres cas traités à l'hôpital de Cincinnati. La méthode est évidemment préférable à l'anesthésie générale, et mérite d'être plus connue et répandue.

R. Rivoire.

H. Root et **P. Henson.** ***Anurie post-opératoire guérie par injection intraveineuse de sérum salé hypertonique*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 8, 22 Août 1931). — R. et H. rapportent une observation d'anurie post-opératoire survenue chez un enfant à la suite d'une intervention pour appendicite. Cette anurie cessa au quatrième jour, alors que l'azotémie atteignait 1,67, à la suite d'injection intraveineuse de sérum salé hypertonique. Avant et





Le FOSFOXYL et l'AMIPHÈNE ont été adoptés par les Ministères des Colonies et de la Marine après expérimentation.

pendant l'anurie, l'enfant avait vomi très fréquemment: un dosage de la chlorémie montra un chiffre de 248 milligr. R. et H. attribuent l'anurie à la chloropénie due aux vomissements, et l'anurie aurait cessé par l'administration de la quantité de chlore déficiente. En fait, il est peu probable que l'hypochlorémie puisse déterminer une anurie totale, et la guérison serait sans doute survenue aussi bien à la suite d'injection intraveineuse d'une autre solution hypertonique, par exemple d'une solution de glucose. Nous ignorons tout de l'anurie post-opératoire, mais nous savons que la guérison s'observe souvent après injection de solutions hypertoniques, même dans les cas sans hypochlorémie.

R. Rivoire.

H. W. Soper. ***Le traitement des hématémèses par tubage gastrique prolongé*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 11, 12 Septembre 1931). — Depuis 1925, S. traite les hématémèses par tubage et siphonnage gastrique permanent, à l'aide du tube de Levin, introduit par les fosses nasales. Le lavage gastrique continu permet, en effet, de débarrasser l'estomac des caillots qui empêchent sa contraction, la méthode la plus efficace d'hémostase. En outre, le tube permet d'introduire directement dans l'estomac des substances thromboplastiques, et de retirer tout l'acide chlorhydrique sécrété: le résultat en est, non seulement un arrêt rapide de l'hémorragie, mais encore une cicatrisation particulièrement accélérée de l'ulcère gastrique, cause d'hématémèse. Après trois jours de tubage gastrique, le tube est introduit dans le duodénum, et une bouillie hypernutritive est portée directement dans le jéjunum; cette alimentation jéjunale est continuée pendant trois semaines environ: au bout de cette période, le tube est retiré et le malade peut s'alimenter par la bouche, avec un régime léger. Dans 28 cas d'hématémèses par ulcus gastro-duodénal, cette méthode a été utilisée avec plein succès: l'hématémèse fut toujours rapidement arrêtée, et, dans la presque totalité des cas, l'ulcus fut totalement guéri, même de vieux ulcères donnant à la radio une image diverticulaire. Dans un cas, la guérison dure depuis cinq ans, le malade menant une vie normale et ne suivant aucun régime alimentaire spécial.

Cette méthode, bien qu'en apparence hardie, n'est pas illogique, et mériterait d'être essayée en France.

R. Rivoire.

N. W. Barker. ***Résultats du traitement de la thromboangéite oblitérante par injections de protéine étrangères*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 12, 19 Septembre 1931). — Depuis 1924, on traite les malades atteints de thrombo-angéite oblitérante à la clinique Mayo par des injections intraveineuses de protéines étrangères, en général du T.A.B. 300 malades ont été traités par cette méthode depuis cette époque, et le nombre en est suffisant pour permettre d'émettre un jugement sur la valeur de cette thérapeutique.

Aucun accident n'est survenu à la suite des injections intraveineuses, sauf une thrombose de l'artère fémorale, d'ailleurs peu grave. La protéinothérapie est un excellent remède au cours des poussées aiguës de la maladie: elle les fait tourner court, et dans les cas où existe une gangrène limitée, elle amène presque toujours la guérison sans intervention. Par contre, elle n'a aucune action sur la maladie elle-même, n'empêchant pas les rechutes. Elle est également sans action sur la claudication intermittente; enfin, dans les poussées graves s'accompagnant de gangrène très étendue, elle est insuffisante; l'intervention est d'ordinaire indispensable.

Cette médication n'en est pas moins précieuse pour traiter les poussées aiguës de la maladie, surtout parce qu'elle fait rapidement disparaître les douleurs de décubitus, dont on connaît l'intensité.

R. Rivoire.

H. Cole, M. Mac Caskey, etc. ***Accidents toxiques dus aux arsénobenzènes*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 13, 26 Septembre 1931). — H. C. et M. C. ont fait une étude statistique des accidents dus aux arsénobenzènes, portant sur près de 80.000 injections. Malheureusement, ils employaient des doses faibles d'arsenicaux, ne dépassant pas 60 centigr. de novar; or ces doses sont, en France, considérées comme nettement insuffisantes, ce qui enlève beaucoup d'intérêt à leurs résultats.

D'ailleurs ces résultats ne font que confirmer les notions déjà connues: en particulier la fréquence de la crise nitritoïde et de l'érythrodermie, l'influence de la dose particelle et de la dose totale reçue par le malade, l'existence d'idiosyncrasie et de sensibilisation acquises. Plus intéressantes sont deux observations: d'abord la constatation de deux érythrodermies mortelles après apparition d'un érythème bénin à la piqûre précédente (ce qui tend à infirmer l'opinion de Milian, selon qu'il y aurait différence de nature entre ces deux types d'accident); d'autre part, le fait que sur 6 cas d'encéphalite hémorragique (apoplexie séreuse), 4 survinrent après injection de sulfarsénol; la proportion est d'autant plus forte que ce médicament n'était usé que très rarement, en proportion de 1 à 100 avec le novar: il semble que le sulfarsénol soit beaucoup plus que les autres arsénobenzènes capable de déterminer cet accident particulièrement redoutable, parce que toujours mortel.

R. Rivoire.

A. J. Beams. ***Les nitrites dans le traitement des affections spasmodiques du tube digestif*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 13, 26 Septembre 1931). — Les médicaments antispasmodiques ont un rôle important dans le traitement des maladies du tube digestif; mais ils ont aussi une grande utilité dans le diagnostic radiologique de ces affections, en permettant de différencier les déformations spasmodiques des déformations organiques. On sait combien il est difficile de distinguer, même radiologiquement, un spasme œsophagien ou sigmoïdien d'un cancer de ces organes. Jusqu'ici, la belladone était employée exclusivement, mais son action antispasmodique n'était pas toujours suffisante. B. a eu l'idée d'utiliser dans ce but les nitrites, en particulier le nitrite d'amyle et la trinitrine, dont l'action inhibitrice sur le vague est bien connue. Ces médicaments se sont montrés aussi efficaces au point de vue radiologique que la belladone dans les spasmes de l'œsophage ou du pylore, mais beaucoup plus efficaces dans les spasmes gastriques ou coliques. Au point de vue thérapeutique, l'action des nitrites s'est montrée par contre beaucoup moins nette que celle de l'atropine, sans doute à cause de la brève durée de leur efficacité.

R. Rivoire.

H. Lashmet. ***Le traitement de l'œdème rénal par les acides*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 13, 26 Septembre 1931). — Depuis longtemps déjà nous savons que l'œdème des néphrites n'est pas dû uniquement à la rétention chlorurée: bien d'autres facteurs sont en cause; en particulier les travaux récents ont mis en évidence le rôle important du taux des protéines plasmatiques, de la tension osmotique de ces protéines, des ions sodium, tandis que le rôle de l'ion chlore semble actuellement très modeste dans la détermination de l'œdème.

L., dans son article, montre de façon lumineuse le rôle important d'un facteur jusqu'ici omis: la réaction basique de l'alimentation. Une alimentation comportant des sels à réaction basique augmente l'œdème chez le néphrétique, alors qu'une alimentation acide augmente la diurèse, quelle que soit la quantité de liquide absorbée.

Pour démontrer ce rôle, L. a donné à des néphrétiques chroniques un régime neutre, ne déterminant ni alcalose ni acidose sanguine; tant que ce régime était maintenu, le poids du malade restait stable, même en augmentant fortement l'ingestion des liquides, de 1 l. 500 à 4 litres par jour. Si à ce régime on ajoute 15 gr. de chlorure de sodium, le poids augmente rapidement; on remplace alors le chlorure de sodium par de l'acide chlorhydrique dilué, contenant la même quantité d'ion Cl: immédiatement, l'œdème diminue et la diurèse augmente rapidement. Cette expérience montre donc que l'ion Cl ne joue pas un rôle capital dans la production de l'œdème.

Dans une seconde expérience, des malades atteints de néphrite ont été nourris avec un régime analogue, mais dont la réaction saline était nettement basique: la quantité totale de sels n'excédait cependant pas 8 gr. par jour. Malgré cela, le poids augmenta rapidement, même en restreignant au maximum les liquides. Au quarantième jour, on ajouta à la nourriture la quantité d'acide chlorhydrique nécessaire pour neutraliser l'excès de base: immédiatement, le poids cessa d'augmenter; après vingt nouveaux jours, la quantité d'acide chlorhydrique fut légèrement augmentée; immédiatement, le poids diminua, et cette diminution persista jusqu'à disparition de l'œdème; l'augmentation des boissons jusqu'à 4 litres par jour ne ralentit pas l'élimination aqueuse.

Il est indubitable que ces expériences ouvrent une nouvelle voie pour l'étude et le traitement de l'œdème. En tout cas, la méthode est facile à essayer, et certainement plus agréable pour le malade que le régime achloruré.

R. Rivoire.

A. Mitchell et **G. Guest.** ***Certains aspects de la sclérose rénale de l'enfance*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 15, 10 Octobre 1931). — M. et G., après avoir exposé l'état actuel de nos connaissances sur l'étiologie de la sclérose rénale infantile (peu de choses, sinon l'élimination du rôle de la syphilis), étudient la symptomatologie de cette affection, et particulièrement son retentissement sur la croissance et la nutrition. Ils insistent sur la pathogénie du « rachitisme rénal », dont, pour eux, l'origine est la suivante: le rein ne pouvant plus excréter les phosphates (c'est, en effet, la première en date des rétentions sanguines), ceux-ci sont éliminés en masse par la paroi intestinale. Or, on sait que la présence de phosphates dans le tractus digestif empêche l'absorption du calcium, car ils se combinent pour former du phosphate tricalcique insoluble. Le résultat en est un déficit dans la balance du calcium, et un appel aux réserves osseuses pour maintenir le taux normal de la calcémie. En réalité, ce mécanisme de décalcification n'est probablement pas seul en cause.

R. Rivoire.

R. Colp et **S. Mage.** ***Expérimentation de la sympathectomie périartérielle dans les fractures des membres inférieurs*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 15, 10 Octobre 1931). — La sympathectomie périartérielle fut proposée par Leriche en 1928 pour hâter la formation des cals retardés. Dans 7 fractures des membres inférieurs, C. et M., utilisant la sympathectomie, obtinrent une consolidation en onze jours, et les malades sortirent de l'hôpital au bout de dix-neuf jours. Dans une série de 10 cas de consolidation retardée pendant plus de soixante-dix jours, la sympathectomie amena la formation du cal en vingt et un jours dans 8 cas.

Ces résultats confirment ceux obtenus en France et en Allemagne.

R. Rivoire.


MÉDICATION CITRATÉE LA PLUS ACTIVE ET
LA PLUS AGRÉABLE
BI-CITROL MARINIER
GRANULÉ SOLUBLE DE CITRATES
MONOSODIQUE ET TRISODIQUE
EUPEPTIQUE · CHOLAGOGUE · ANTIVISQUEUX · DÉCONGESTIF
Echantillons et Littérature: Laboratoire MARINIER, 159, Rue de Flandre, PARIS


dans les
Hypertensions
et tous les
États spasmodiques de la musculature lisse
OLÉTHYLE-BENZYLE
Benzoate de Benzyle chimiquement pur
GOUTTES
XX gouttes, 2 à 4 fois par jour
GÉLULES
Une à 4 gélules par jour
AMPOULES
Une à 2 ampoules par jour
en injections sous-cutanées
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, FAUBOURG SAINT-HONORÉ

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE
(Chicago)

W. O. et **P. K. Thompson.** ***Le développement de l'iodo-résistance dans le goitre exophtalmique*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVIII, n° 3, Septembre 1931). — Bientôt après la diffusion du traitement iodé du goitre exophtalmique, on s'est aperçu que, si l'on donne de l'iode d'une façon prolongée, le métabolisme basal, après une chute initiale, augmente souvent dans une importante proportion en même temps que la maladie s'aggrave. Néanmoins, on admet en général que tant que l'iode est donné en excès, les manifestations nerveuses spéciales de l'affection sont efficacement combattues, quel que soit le taux du métabolisme basal.

Les 5 observations relatées ici montrent que ce n'est pas pourtant toujours le cas. Une des malades, soumise à l'iodothérapie prolongée, après avoir eu une rémission, devint complètement réfractaire, tant du point de vue du métabolisme basal que de celui des symptômes, à une dose quotidienne d'iode de 6 milligr. qui avait suffi à un autre moment à produire le maximum de baisse du métabolisme basal. L'exophtalmie fit son apparition au cours du traitement iodé. Chez les 4 autres malades se produisit une iodo-résistance au moins partielle au cours d'un traitement prolongé comportant des doses de 6 à 250 milligr. par jour. Dans 4 de ces 5 cas l'iode fut cessé et l'iodo-résistance disparut, sans qu'on puisse préciser le laps de temps nécessaire pour obtenir cette disparition complète; une suspension de l'iode pendant 24 jours a pu suffire. Le cinquième malade, un jeune homme de 20 ans, fut opéré alors que son métabolisme basal était en voie d'accroissement rapide malgré l'administration continuelle d'iode; il succomba 40 heures après à une crise absolument semblable à celles qu'on observe chez les lapins opérés, sans avoir reçu d'iode préalablement.

Chaque fois que le métabolisme basal arriva à son maximum pendant l'administration de l'iode, la maladie donna lieu à des manifestations plus graves que celles observées auparavant, et non seulement les symptômes nerveux étaient présents, mais ils étaient plus accusés. Chez 2 malades l'exophtalmie se montra pour la première fois en même temps que le taux du métabolisme basal s'accroissait, les sujets continuant à recevoir de petites doses d'iode, et elle s'accentua chez 2 autres.

Ces réactions semblent caractériser les cas graves de la maladie plutôt que les cas bénins.

Dans les cas sévères, l'opération doit être faite dès qu'on a obtenu le maximum de baisse dans le taux du métabolisme basal. En aucun cas, on opérera quand le métabolisme aura augmenté notablement durant le traitement iodé; celui-ci devra être cessé pendant 3 à 4 semaines, le malade restant au lit, pour permettre à l'iodo-résistance de disparaître; on reprendra alors l'usage de l'iode et on opérera dès qu'on aura fait baisser le métabolisme basal.

En terminant, les auteurs discutent longuement les interprétations possibles des faits observés.

P.-L. Marie.

M. Friedlander et **S. Silbert.** ***Le chimisme sanguin dans la thrombo-angéite oblitérante de Buerger*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVIII, n° 3, Septembre 1931). — F. et S. ont déjà montré qu'il y a une diminution de la masse sanguine dans la maladie de Buerger. Désireux de savoir si cette réduction du volume du sang dépendait de sa concentration exagérée, ils ont étudié le taux de ses divers constitutants chimiques chez 40 malades.

Ils ont trouvé une augmentation des cendres totales atteignant en moyenne 30 pour 100, une augmentation des protéines totales du même ordre, un taux élevé de calcium (12 milligr. 4 pour 100 en moyenne) et de cholestérol (235 milligr. pour 100). Les chlorures et le sucre ne présentaient pas d'anomalies frappantes. L'épreuve de la tolérance hydrocarbonée a donné des résultats normaux.

Il semble donc que le sang soit plus concentré dans la maladie de Buerger, ce qui relèverait en partie d'un processus de déshydratation.

P.-L. Marie.

I. Greenwald. ***Le métabolisme dans la pneumonie; mécanisme de la rétention des chlorures; l'excrétion des anions et des cations*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVIII, n° 3, Septembre 1931). — Depuis longtemps on a cherché les raisons de la si remarquable diminution des chlorures de l'urine qu'on constate pendant la pneumonie, sans aboutir à une explication satisfaisante. Ni le défaut de résorption intestinale des chlorures, ni une élimination exagérée des chlorures par l'intestin, par la sueur ou par les crachats ne peut être admise. Il s'agit bien en réalité d'une rétention des chlorures. On a invoqué une rétention de ceux-ci dans le bloc pneumonique, mais elle ne peut rendre compte à elle seule des quantités retenues; de même il faut écarter toute accumulation dans le sang, puisque c'est au contraire de l'hypochlorémie que l'on trouve dans la pneumonie. Où sont donc les chlorures non éliminés ?

Etant donné les difficultés d'observation rencontrées chez les pneumoniques, G. a provoqué une pneumonie expérimentale chez des chiens par injection intratrachéale ou intrapulmonaire de cultures de pneumocoques très virulents. Une fois rétablis, une expérience de contrôle était faite avec une injection de simple bouillon au lieu de culture.

G. a constaté que rapidement après l'injection de culture le taux des chlorures s'élève considérablement dans l'urine; puis, à cette excrétion exagérée fait suite une diminution de l'élimination. On retrouve ici la même succession de phénomènes que dans l'accès palustre de l'homme; la perte initiale de chlorures, lorsque s'installe la fièvre, peut être énorme. G. admet que la diminution de la concentration des chlorures dans le plasma durant la pneumonie est due à leur excrétion rapide pendant les premiers stades de la maladie. Ses constatations expérimentales, de même que les données fournies par la clinique, plaident dans le même sens, ainsi que les chiffres concernant les modifications observées chez les pneumoniques ayant présenté les rétentions de chlorures les plus considérables.

La signification clinique de ces constatations n'est pas très claire. Peut-être la forte déperdition des chlorures et l'hydratation exagérée de l'organisme font-elles partie d'un mécanisme de défense. Mais les plus fortes pertes de chlorures ont été observées chez les chiens le plus gravement atteints et il semble que la déperdition de chlorures soit liée à la pyrexie et à la toxémie. S'il en est ainsi, l'administration de chlorures pourrait être indiquée, si le rein lésé se trouve impuissant à excréter les chlorures. G. pense que l'administration de sel est à tenter dans les cas où le taux des chlorures du plasma tombe au-dessous de 0 gr. 53 pour 100. On éviterait peut-être ainsi certains états de collapsus post-critiques, relevant d'un flux soudain dans l'organisme d'eau libérée des colloïdes des tissus et déterminant une trop basse pression osmotique.

Le métabolisme des autres éléments inorganiques dans la pneumonie a suscité déjà bien des recherches. On peut en dégager que l'augmentation constatée dans l'excrétion du K est due à l'accroissement de la destruction des tissus, que la rétention du Na est approximativement parallèle à celle du Cl, que la rétention du Ca signalée par quelques auteurs relève d'un régime riche en Ca et ne dépend pas de la pneumonie, qu'enfin il n'existe pas de trouble marqué dans l'équilibre entre les anions et les cations après que la pneumonie s'est développée.

L'injection intratrachéale de bouillon stérile fut suivie le premier jour d'une baisse marquée dans l'excrétion du Cl et d'une diminution plus grande dans l'élimination des bases totales. La quantité de ces dernières dans l'urine était moindre que dans le bouillon injecté.

Dans les premières heures consécutives à l'injection des cultures de pneumocoques, l'excrétion du phosphore fut bien moindre qu'après l'injection de simple bouillon. On a observé la même diminution dans l'élimination du phosphore dans l'accès palustre quand la fièvre se produit. G. en conclut que la perturbation initiale dans le métabolisme des chlorures et du phosphore au cours de la pneumonie et du paludisme est de même nature.

Il faut signaler que l'opinion de G. sur la rétention des chlorures dans la pneumonie a suscité de vives objections de la part de M. Austin.

P.-L. Marie.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA
(Stockholm)

G. Hoglund et **V. H. Sjogren** (Stockholm). ***Traitement des formes chroniques de l'encéphalite léthargique par la fièvre récurrente*** (Comptes rendus du V[e] Congrès des Neurologistes Scandinaves, tome VI, fasc. 2-3, 1931). — Dans ce travail, H. et S. apportent les résultats éloignés du traitement par la fièvre récurrente, des malades traités à la clinique de Seraphimerlasaret, pour encéphalite léthargique chronique entre les années 1920 et 1929. Ce traitement fut inauguré en 1926 par Marcus, Kling et Höglund et continué régulièrement à la clinique. Pour apprécier les résultats de ce traitement, et particulièrement le pronostic du point de vue social, les auteurs comparent les malades traités, à une série de malades analogues, mais non traités par la fièvre récurrente. Dans nombre de cas où les malades ne purent être réexaminés par les auteurs eux-mêmes, leur état fut consigné soit par les médecins des localités où ils se trouvaient, soit par un questionnaire rempli par le malade. Une grande rigueur fut apportée d'ailleurs dans les examens cliniques et humoraux avant de poser le diagnostic d'encéphalite épidémique.

De cette étude statistique, on peut tirer les conclusions suivantes favorables à la méthode: dans les cas traités, les divers symptômes morbides présentent avec évidence une tendance moindre à la progression. De plus, le nombre des décès parmi les patients traités est, d'une manière frappante, bien inférieur à celui des cas non traités (avec évidemment la réserve que nombre d'encéphalitiques chroniques succombent à des affections intercurrentes). Ces résultats se rapportent exclusivement au traitement des formes chroniques de l'encéphalite léthargique. Dans les formes aiguës, le résultat semble devoir donner des résultats encore plus favorables. Les auteurs, par ailleurs, soulignent très justement l'énorme importance sociale qu'il y aurait à que ce les hôpitaux prissent en considération l'urgente nécessité de garantir aux encéphalitiques chroniques — dont la grande majorité est absolument incapable de travail — une assistance convenable dans des établissements appropriés.

Raymond Garcin.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

M. Tiffeneau. ***Hormones synthétiques et leurs succédanés; opothérapie synthétique; thyroxine et thyroïde*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 39, 26 Septembre 1931). — L'iode de la thyroïde est presque entièrement sous forme de combinaisons protidiques dans lesquelles les constituants iodés sont représentés par 2 amino-acides iodés en proportion sensiblement égale et tous deux dérivés de la tyrosine: l'un, la thyroxine ou diiodooxyphényldiodotyrosine possède la plus grande partie de l'activité spécifique de la glande; l'autre, la diiodo-3. 5-tyrosine, qui est physiologiquement peu actif, mais qui semble être le précurseur et le générateur de la tyrosine.

Entre la thyroxine synthétique et la thyroxine naturelle, il y a identité chimique: même teneur en iode, même caractère de solubilité, même courbe spectro-photométrique et identité physiologique. Il y a également identité des effets de la thyroxine et de la thyroïde, soit au point de vue clinique, soit sur l'animal, que l'on étudie l'action sur le métabolisme basal, l'action sur la croissance, la résistance à l'intoxication par l'acétonitrile ou l'action sur la thermogénèse, à la condition d'envisager des doses comparables et des voies de pénétration comportant une égale résorption.

Quant aux succédanés de la thyroxine, produits par synthèse, si quelques-uns semblent posséder des propriétés très voisines comme c'est le cas pour les produits complexes: peptides ou protides thyroxiniens, ou pour les produits peu modifiés comme la thyroxamine ou les thyroxines partiellement désiodées, tous les autres, notamment ceux provenant de la dégradation progressive de la thyroxine, sont à la fois moins actifs et moins spécifiques. Toute structure chimique s'éloignant de celle de la thyroxine diminue à la fois l'intensité et la spécificité des effets qu'exerce cette hormone sur le métabolisme.

L'emploi en opothérapie de substances chimiques définies, qu'elles soient synthétiques ou naturelles, donne une plus grande sécurité dans la posologie et, par là, une constance plus parfaite dans les effets. La thyroxine semble représenter le principe le plus spécifique du complexe existant dans la glande. Il est très probable qu'en dehors de la thyroxine et des protides thyroxiniens, la thyroïde contient des principes actifs doués d'action spéciale dont il n'y a peut-être pas lieu d'associer les effets dans toutes les applications thérapeutiques où la médication thyroxinique s'impose.

L'opothérapie synthétique ne donne pas seulement une médication sûre et régulière, mais grâce au nombre considérable de substances dérivées ou voisines, il est permis d'obtenir une variété infinie dans les effets cliniques et d'entrevoir des possibilités nouvelles. Cependant, les tentatives faites jusqu'ici dans cette voie ne permettent pas d'espérer dépasser en intensité les principes constituants normaux pour lesquels il paraît exister une adaptation spécifique de l'organisme.

Robert Clément.

M. Péhu et **H. Jarricot.** ***La conception actuelle de l'acrodynie*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 45, 7 Novembre 1931). — De nouveaux faits cliniques et anatomiques permettent de compléter la description de cette affection.

A plusieurs reprises, on a signalé des myoclonies. Dans un cas ont été observées des adénopathies multiples occipitales, carotidiennes, inguinales, évoluant parallèlement aux autres manifestations de la maladie.

Au début de l'acrodynie, la fièvre est souvent notée, elle est passagère et, à la période d'état, l'acrodynie est en général apyrétique; des cas ont été vus cependant où la température s'est maintenue autour de 38° pendant un temps assez long.

Le liquide céphalo-rachidien, considéré d'abord comme normal, a présenté, dans les observations récentes, des signes d'inflammation, cytologiques et chimiques.

Des formes frustes atténuées ont été décrites ainsi que des associations de l'acrodynie avec d'autres affections nerveuses; notamment on a vu le syndrome survenir au cours d'une encéphalite aiguë épidémique et au cours d'une poliomyélite aiguë. Dans d'autres cas, ce sont des symptômes de l'encéphalite épidémique qui sont apparus au cours de l'acrodynie.

Le plus souvent, l'acrodynie a une évolution favorable; cependant, il existe dans la littérature médicale 9 autopsies, quelques-unes d'ailleurs peu significatives. Un fait précis est cependant à retenir, c'est l'atteinte de la région infundibulo-tubérienne, celle des noyaux de la base et celle des noyaux du bulbe; en somme, localisation élective au di et mésocéphale. Les lésions peuvent être diffuses, frappant la moelle, le système nerveux périphérique et le complexe endocrino-sympathique.

Il est difficile de préciser la physiologie pathologique, il ne s'agit ni d'hypersympathicotonie, ni d'hypervagotonie, mais d'un dysfonctionnement de l'appareil neuro-végétatif lésé dans ses centres.

L'acrodynie est une maladie à allure subaiguë, de longue durée, se terminant en général par la guérison. Elle a l'allure d'une maladie infectieuse. En raison de certaines analogies cliniques, on la suppose causée par un virus neurotrope. C'est une maladie du système végétatif; on peut admettre que le virus encore inconnu frappe le névraxe, particulièrement la région infundibulo-tubérienne, ce serait une diencéphalite.

Avec l'encéphalite épidémique et la poliomyélite aiguë épidémique, il y a des liens de parenté et non identité. On peut se demander si ces trois affections ne sortent pas d'une même source: la grippe.

Robert Clément.

A. Couvelaire, P. Lereboullet et **Lacomme.** ***Les causes de la mortalité des 10 premiers jours de la vie; les moyens de l'abaisser*** (*Paris Médical*, t. XXI, n° 45, 7 Novembre 1931). — La statistique générale de la France de 1921 à 1928 montre que sur une moyenne de 772.000 enfants nés vivants, près de 15.000, soit environ 19 pour 100, succombent chaque année avant d'avoir atteint le 10° jour. Suivant les époques, la mortalité de la première décade représente le 1/5 ou le 1/6 de la mortalité totale de la première année. Le taux de la mortalité précoce est moins élevé dans les villes que dans les campagnes. Depuis 1891, le taux de la mortalité précoce a diminué régulièrement d'une façon sensible. Mais elle est encore trop élevée.

La mort précoce du nouveau-né est en rapport direct avec la vitalité de l'enfant au moment de la naissance. Celle-ci peut dépendre d'un état de débilité congénitale ou d'un traumatisme obstétrical. La débilité congénitale peut résulter de l'interruption prématurée de la gestation, liée à une anomalie obstétricale locale. Le 1/3 environ des débiles, mourant dans les 10 premiers jours, appartient à cette catégorie. La débilité par prématuration est souvent provoquée par le surmenage de la mère au cours de la gestation. Les autres causes de débilité congénitale sont liées à une maladie du fœtus. La syphilis congénitale, les toxémies gravidiques, les affections cardiaques, les affections rénales, la tuberculose, les infections et intoxications aiguës de la mère surtout et du père sont les principaux responsables.

Les présentations vicieuses ou seulement défavorables, les rétrécissements du basssin, certaines méthodes obstétricales sont les causes du traumatisme obstétrical.

Enfin, un certain nombre de décès ont pour origine une maladie bien caractérisée contractée après la naissance: érysipèle, phlegmons, septicémies, tétanos. Ces cas sont devenus très rares (environ 2 pour 100) dans la statistique de C., L. et L. Plus nombreuses sont les morts qui ont pour cause initiale une maladie ou une débilité congénitales que des soins convenables institués après la naissance auraient pu peut-être éviter.

Pour diminuer la mortalité des 10 premiers jours, il faut préconiser et généraliser l'examen et, au besoin, le traitement des procréateurs avant la fécondation; l'examen et la surveillance médicale et obstétricale des femmes en état de gestation; la surveillance attentive du nouveau-né et spécialement du nouveau-né débile dans les premiers jours de la vie. A ce point de vue, il est surtout important d'assurer aux débiles soit l'allaitement maternel, soit le lait d'une nourrice, de les maintenir à une température centrale voisine de la normale, ce qui implique une surveillance très stricte de la température et de l'aération des locaux et d'éviter toutes les causes d'infection.

L'application de ces mesures soulève un problème social et nécessite l'organisation d'une assistance médicale et d'une assistance sociale.

Robert Clément.

P. Mauriac et **P. Broustet** (Bordeaux). ***La pathogénie de l'angine de poitrine; les principes et les indications de son traitement chirurgical*** (*Paris Médical*, t. XXI, n° 46, 14 Novembre 1931). — Les causes occasionnelles comme l'insuffisance cardiaque, les lésions d'endartérite coronarienne, de myocardite, d'aortite, l'effort, etc., auxquelles on attribuait autrefois toute la responsabilité de la crise d'angine de poitrine, sont trop diverses, contradictoires, inconstantes, pour expliquer la pathogénie de cette affection. Un seul symptôme est constant et capital: la douleur cardiaque à type constrictif. De nombreuses observations ont démontré l'existence de syndromes angineux par irritation du plexus cardiaque. Les arguments cliniques et les recherches expérimentales sur les réflexes presseurs plaident en faveur du rôle de la vaso-constriction périphérique ou intra-cardiaque dans la genèse de la crise d'angor.

L'intervention chirurgicale a pour but d'intercepter le réflexe presseur et le réflexe douloureux; elle doit, par contre, laisser intacte la plus grande partie des voies centrifuges. Ces principes généraux permettent de proscrire un certain nombre des manœuvres opératoires tentées autrefois. Actuellement, les seules manœuvres opératoires réalisées portent sur le ganglion étoilé et ses branches. Daniélopolu a conçu une intervention qui, tout en conservant le ganglion étoilé, est susceptible de supprimer les réflexes dangereux. Leriche s'étant aperçu, au cours d'une opération, que l'excitation du ganglion étoilé provoquait une crise d'angine de poitrine chez un malade, qui avait déjà subi l'opération de Daniélopolu et qui, par conséquent, n'aurait dû avoir ni réflexes presseurs ni réflexes douloureux, a enlevé avec très peu d'accidents un nombre important de ganglions étoilés.

Un des points les plus délicats du problème est de fixer les indications du traitement chirurgical. En présence d'un angineux, il est impossible d'affirmer qu'il mourra de mort subite, sans compter que les survies après l'opération sont encore trop

courtes pour affirmer que la chirurgie met à l'abri de la mort subite. Le danger de mort subite ne doit pas être une indication impérative du traitement chirurgical, lorsque le malade peut vivre malgré son angor. C'est la répétition et l'intensité des crises douloureuses qui sont les indications majeures, car les douleurs rendent la vie insupportable à l'angineux. La présence d'insuffisance cardiaque est une contre-indication, l'hypertension n'en paraît pas une.

Les risques opératoires sont difficiles à apprécier d'après les statistiques; ils semblent diminuer avec la technique chirurgicale actuelle. Daniélopolu rapporte 28 opérations sans décès. Leriche, 50. Il y aurait 50 pour 100 d'améliorations très appréciables allant de la disparition complète des crises à leur diminution sensible. Dans 30 pour 100 des cas, le résultat est médiocre.

Sur les résultats éloignés, on ne sait pas grand' chose. Les chirurgiens signalent des succès datant de 5 ou 6 ans, mais personne ne dit la proportion de ces succès. Les auteurs ne définissent pas ce qu'ils entendent par guérison. Même dans les cas heureux, le cœur conserve ses lésions de sclérose, de myocardite ou d'aortite et la survie est en rapport avec l'état du myocarde.

Robert Clément.

JOURNAL DES PRATICIENS (Paris)

René Mathieu. ***La dyspepsie du lait de vache*** (*Journal des Praticiens*, tome XLV, n° 36, 5 Septembre 1931). — Dans ce premier article, M. donne la description clinique de la dyspepsie du lait de vache chez le nourrisson. Celle-ci est constituée d'un syndrome coprologique et d'un syndrome morphologique. Les selles volumineuses, grises ou blanchâtres, de consistance rappelant l'argile mouillée ou le mastic des vitriers, d'odeur fade et fétide, alcalines au tournesol, sont bien caractéristiques. Au microscope, on voit de très nombreux cristaux: savons de chaux et de magnésie. Parfois, les selles sont diarrhéiques, liquides, mais parfaitement digérées; plus souvent, on reconnaît les signes de la diarrhée vraie, qui constitue une complication fréquente de la dyspepsie du lait de vache. L'examen chimique montre la richesse des matières en sels minéraux et en graisses.

Le syndrome morphologique est caractérisé par la pâleur, le ballonnement du ventre, la flaccidité et l'indifférence, l'inappétence, l'agitation durant le sommeil et des transpirations. Le rachitisme ne fait pas partie de la symptomatologie de la dyspepsie du lait de vache, mais il l'accompagne souvent. Les infections cutanées sont fréquentes, la peau et les phanères sont souvent altérés. Enfin, ce qui constitue la gravité de la maladie, c'est l'arrêt de la croissance, malgré l'excellente qualité du lait employé et une ration suffisante.

L'allure clinique, la durée, la gravité de la dyspepsie lactée sont influencées par l'âge du petit malade, sa résistance générale, la nature des infections parentérales associées. Chez le débile et le prématuré, la maladie n'est jamais entièrement typique, le pronostic est grave. Les infections surajoutées sont fréquentes. Tous les intermédiaires peuvent être observés entre le syndrome typique et un simple arrêt de croissance sans modification macroscopique notable des selles. Les formes atypiques sont plus fréquentes au cours de l'allaitement mixte.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

Ch. Roubier et **J. Boucomont** (Lyon). ***La pneumonie du lobe moyen chez l'adulte et son diagnostic radiologique*** (*Le Progrès Médical*, n° 49, 28 Novembre 1931). — R. et B. rapportent 2 observations de pneumonie du lobe moyen qui ont guéri et une observation de pneumonie du lobe supérieur droit, respectant le sommet et s'accompagnant d'une splénisation du lobe moyen.

Dans les 2 cas de pneumonie du lobe moyen, les signes fonctionnels ont été ceux d'une pneumonie franche; les signes physiques ont été extrêmement réduits; quelques râles de la région mamelonnaire chez l'un, obscurité de la base en avant avec quelques râles et quelques frottements. Dans aucun des 2, il n'y avait de souffles tubaires ni de matité à la percussion. Cependant, l'examen radioscopique montrait, chez ces 2 malades, une ombre très nette et très dense. Dans le premier cas, l'image observée au septième jour avait la forme d'un triangle à base hilaire dont la pointe légèrement tronquée se dirigeait vers l'aisselle sans l'atteindre. La limite supérieure du triangle rectiligne et très nette était légèrement inclinée en bas et en dehors. Le cliché radiographique pris le lendemain montre le même aspect; une deuxième radiographie cinq jours après ne montrait plus qu'une trabéculation un peu plus dessinée que du côté opposé. Dans le deuxième cas, l'image observée à l'écran était une ombre ovoïde à contours flous, située au-dessus du diaphragme droit. Le cliché pris au huitième jour montre une obscurité dense de toute la base droite dont la teinte dégradée vient au contact du gril costal. Six jours plus tard, il persistait un voile opaque de malignité.

Ces images ne sont pas spéciales à la pneumonie du lobe moyen, on peut les observer dans les épanchements interlobaires. L'examen en position oblique a une grande importance pour affirmer le diagnostic; avec cette méthode, l'ombre obtenue à l'écran dans le cas de pleurésie de la scissure horizontale offre l'aspect d'un fuseau et non d'un triangle; mais le diagnostic est parfois difficile, une ponction exploratrice peut être nécessaire.

L'examen radiologique est absolument indispensable pour dépister une pneumonie du lobe moyen, car celle-ci se comporte au point de vue des signes physiques comme une pneumonie centrale.

Robert Clément.

LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

Edelmann. ***Propriétés pharmaco-dynamiques et thérapeutiques de la chlorophylle*** (*Le Bulletin Médical*, tome XLV, n° 38, 19 Septembre 1931). — La chlorophylle des légumes verts est engainée dans une molécule protéique d'où les sucs digestifs ne peuvent l'extraire qu'en démolissant plus ou moins profondément la molécule de ce pigment; mais si on isole le pigment vert et si on l'administre par voie digestive ou parentérale, des expériences récentes ont montré qu'il détermine des effets physiologiques intéressants.

Par dédoublement, la chlorophylle donne une substance — la phylloporphyrine — qui a une parenté manifeste avec l'hématoporphyrine de l'hémoglobine. Ces deux corps donnent naissance aux mêmes produits: l'hémopyrrol.

L'administration de chlorophylle pure par le tube digestif détermine l'apparition de porphyrine en grande quantité dans l'urine de l'homme normal, alors que l'ingestion de légumes verts ne laisse passer dans l'urine que des traces de porphyrine. Il y a donc une différence fondamentale entre les effets physiologiques de la chlorophylle liée aux protides végétaux et ceux de la chlorophylle pure. Absorbée par la bouche ou injectée par voie intraveineuse, la chlorophylle disparaît rapidement du torrent circulatoire et se retrouve dans le foie, la rate et les glandes lymphatiques.

Au point de vue pharmaco-dynamique, la chlorophylle augmente l'excitabilité neuro-musculaire du gastro-cnémien; sur le cœur isolé, elle agit comme la digitaline; elle s'oppose à l'action de l'acétylcholine; par perfusion du train postérieur de la grenouille et de l'oreille du lapin, elle produit une vaso-dilatation momentanée; elle augmente la tonicité de l'intestin isolé et sa contractilité; elle exagère l'effet de l'adrénaline sur l'intestin, mais inhibe celui de la pilocarpine et de l'acétylcholine; c'est un agent hémopoïétique, beaucoup moins actif que l'extrait hépatique; elle augmente le nombre des thrombocytes et celui des polynucléaires, elle favorise la fixation du fer sur les globules rouges; elle détermine une augmentation de la sécrétion urinaire.

Ces données pharmaco-dynamiques ont poussé les auteurs scandinaves et allemands à utiliser la chlorophylle dans les anémies plastiques, particulièrement dans les anémies secondaires où elle serait plus active que les préparations martiales, moins efficace que l'extrait hépatique.

Dans les hypotensions artérielles essentielles, elle provoquerait une élévation de quelques millimètres de la pression artérielle, mais elle aurait surtout un bon effet sur le cœur et les vaisseaux périphériques, diminuerait la cyanose et augmenterait le débit cardiaque.

Dans les troubles de la croissance, elle serait un adjuvant précieux de l'actinothérapie.

Dans les convalescences des maladies aiguës, ses propriétés toniques générales, angiotonique, cardiotonique et hématopoïétique, font de la chlorophylle un médicament particulièrement indiqué.

Robert Clément.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

P. Noël Bernard. ***Recherches sur le béribéri*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVII, n° 5, Novembre 1931). — Les résultats contradictoires des recherches sur l'étiologie du béribéri proviennent de 2 causes: 1° confusion avec le béribéri d'états pathologiques qui le rappellent par certains symptômes; 2° point de départ des recherches au cours des phases différentes de l'évolution de la maladie.

Pour B., c'est la forme aiguë qui réalise le véritable béribéri, entité morbide bien définie, caractérisée par des lésions viscérales et des troubles consécutifs d'ordre toxique principalement cardiaques, rénaux et gastro-duodénaux. La phase de la maladie, marquée par les troubles sensitivo-moteurs vers la paralysie avec amyotrophie, n'appartient pas au béribéri proprement dit. Elle répond aux séquelles de l'état toxi-infectieux primitif.

Les phénomènes toxi-infectieux ne se développent que sur un terrain préparé par des conditions alimentaires spéciales, dues à un régime mal équilibré dans lequel les hydrates de carbone sont en excès et les autres éléments insuffisants.

Les lésions histologiques du béribéri sont d'ordre toxique. Cette toxine serait produite par un microbe saprophyte capable de se développer en anaérobiose dans le contenu alimentaire et de produire une toxine qui diffuse et se fixe lorsque l'organisme devient réceptif.

Cette pathogénie, B. l'appuie sur l'étude de la maladie expérimentale du porcelet, résultat de l'ingestion du Bacillus asthenogenes, ferment protéolytique de la putréfaction alimentaire dans des conditions déterminées du milieu gastro-intestinal. Ce bacille a été isolé au cours d'un état gastro-intestinal fébrile chez des Asiatiques mangeurs de riz, il constitue l'élément dominant de la flore intestinale à la période initiale du béribéri. Il est en quelque sorte extérieur à l'organisme et ne passe qu'accidentellement dans la circulation générale. Il n'agirait que par sa toxine, qui, filtrée, reproduit les lésions histologiques de la maladie expérimentale. Il ne crée pas d'immunité protectrice.

On peut envisager l'hypothèse que d'autres microbes saprophytes seraient capables de produire,

dans le même milieu gastro-intestinal favorable, les mêmes effets toxiques et de donner naissance au béribéri. ROBERT CLÉMENT.

REVUE DE MÉDECINE (Paris)

Dumolard et **Aubry**. ***Comment faut-il concevoir le paludisme chronique? son existence est-elle contestable?*** (*Revue de Médecine*, t. XLVIII, n° 8, Octobre 1931). — En pays d'endémie palustre, la forme chronique de l'infection malarienne est couramment observée.

La chronicité n'est pas seulement une durée plus longue que la durée courante, c'est surtout un mode particulier d'évolution clinique, c'est la torpidité et l'insuffisance des réactions de l'organisme par opposition aux réactions vives et intenses des maladies aiguës.

Il n'est pas vrai, comme l'a soutenu Rieux, que chez les malades à l'abri de réinfection, l'hématozoaire disparaît du sang et de l'organisme, dans le cours de l'année qui suit l'impaludation : on a rapporté des cas de reprise de paludisme aigu jusqu'à 19 ans après une guérison paraissant complète. Il semble bien que l'hématozoaire puisse persister dans l'organisme bien au delà du délai d'un an et qu'il y reste capable de reviviscence sous des influences diverses.

Le paludisme chronique est une réalité clinique. En pays palustre, il est surtout le fait de réinfections, mais il est difficile de dire quelle est la part dans ce paludisme chronique des premiers germes introduits et combien de temps ils persistent dans l'organisme. En tout cas, fréquents sont les cas où l'infection paludéenne évolue à bas bruit depuis longtemps de façon torpide et il ne s'agit pas là de séquelles, mais de paludisme évolutif. Les manifestations viscérales, parfois brutales et extrêmement graves, du paludisme aigu, et qui restent souvent sans lendemain grâce à un traitement bien conduit, correspondent peut-être bien plus à des troubles fonctionnels qu'à de graves désordres anatomiques; c'est pourquoi les manifestations viscérales chroniques qui peuvent faire suite empruntent à la pathologie des troubles initiaux une partie de leur caractère.

Chez les paludéens chroniques, on constate qu'il existe des modifications humorales profondes et durables, notamment de l'état des albumines du sang. Les troubles viscéraux du paludisme chronique peuvent aboutir à des lésions parenchymateuses et conjonctives et déterminer à la longue des splénites, des hépatites, des néphrites, etc. ROBERT CLÉMENT.

QUESTIONS MÉDICALES D'ACTUALITÉ (Paris)

L. Langeron. ***Le traitement des oblitérations artérielles des membres; essai de discrimination des indications d'ordre médical, chirurgical et physiothérapique*** (*Questions Médicales d'actualité*, tome I, n° 9, Sept. 1931). — L. distingue les oblitérations limitées ou monoartérites et les oblitérations généralisées ou polyartérites.

L'embolie, le traumatisme local (côtes cervicales, cals exubérants, béquilles), les thromboses artérielles consécutives aux gelures et aux plaies infectées, certaines thromboses de nature indéterminée, quelquefois syphilitiques, représentent le premier groupe. Dans ces oblitérations localisées, l'artériectomie représente actuellement le traitement de choix.

Parmi les oblitérations artérielles généralisées, on peut distinguer les artérites aiguës, des infections et des intoxications, et les polyartérites chroniques. On peut classer celles-ci en artérites juvéniles, diabétiques et séniles.

Pour les artérites juvéniles, on a proposé le traitement par l'insuline; de bons résultats ont pu être obtenus. On peut chercher à réaliser une vaso-dilatation étendue; à la sympathectomie péri-artérielle, on préfère la ramicectomie ou la résection du sympathique lombaire. La suppression de la cause de la maladie a été cherchée dans la surrénalectomie : les résultats obtenus jusqu'ici méritent l'attention et sont supérieurs aux diverses opérations sympathiques. La physiothérapie mérite également une place de premier plan; quant à la diathermie, elle peut aider mais ne peut suffire à elle seule. Il ne faut pas opposer chirurgie et physiothérapie; suivant les cas, on préfèrera l'un ou l'autre de ces traitements.

Dans les artérites diabétiques, le régime et l'usage de l'insuline sont au premier plan. Etant donné la nature du terrain et la gravité des interventions, on s'adressera pour réaliser la vaso-dilatation de préférence à la radiothérapie surrénale.

Pour les artérites séniles, l'insuline est encore le meilleur médicament; la radiothérapie surrénale, à la condition d'être pratiquée suffisamment tôt, a donné de bons résultats.

Enfin, dans certains cas, le traitement antisyphilitique, le traitement hydro-minéral et les amputations trouvent leurs indications.

En somme, le traitement est rarement étiologique, très souvent pathogénique. ROBERT CLÉMENT.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

P. Lande, **R. de Grailly** et **P. Dervillée**. ***Sur quelques cas de fractures parcellaires de la colonne vertébrale (fracture des apophyses transverses lombaires); leur intérêt médico-légal*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVII, n° 27, 20 Octobre 1931). — L., G. et D. publient 4 observations de fracture des apophyses transverses, soit des 4 dernières vertèbres lombaires, soit de 3, soit de 2, soit même d'une seule apophyse costiforme. Ces fractures ont donc une fréquence relative surtout au niveau de la colonne lombaire; elles ont été longtemps méconnues par suite de l'absence de contrôle radiologique.

Le fait que ces lésions portent toutes sur la région lombaire permet de supposer que les apophyses costiformes sont relativement fragiles, probablement en raison du manque de protection de ces apophyses.

L'élément douleur est constant et son intensité est très variable; elle peut être immédiate, mais, dans un cas, elle ne s'est révélée que 2 jours après l'accident. Toute la région lombaire est douloureuse, la palpation ne permet d'établir un diagnostic de certitude. La consolidation chirurgicale de ces fractures est relativement rapide; on admet qu'au bout de 15 jours à 3 semaines, la consolidation peut être obtenue. Cependant, si le déplacement est notable ou si la fracture est méconnue, la consolidation peut ne se faire que très tardivement. Le déplacement peut se faire dans le sens vertical ou le sens transversal. Ce dernier est d'un pronostic plus favorable tandis que les écartements verticaux sont susceptibles de se compliquer ultérieurement de compression des nerfs rachidiens par suite de la formation d'un cal vicieux.

Ces fractures ont un intérêt médico-légal. Il faut insister sur l'importance d'un radio-diagnostic souvent révélateur, mais la lecture des clichés est parfois difficile par suite de la présence d'anomalies morphologiques. Les phénomènes douloureux peuvent persister encore très longtemps après le traumatisme, jusqu'à 2 ou 3 ans; l'examen clinique est alors le plus souvent négatif, les modifications des courbures vertébrales post-traumatiques sont rares.

Les fractures des apophyses transverses sans déplacement des fragments s'accompagnent d'un minimum de conséquences fâcheuses au point de vue fonctionnel et au point de vue physique; mais parfois, les séquelles de ces fractures sont susceptibles d'entraîner un état d'incapacité permanente partielle qui varie avec la profession du traumatisé, son âge et l'importance des dégâts osseux. Les taux d'invalidité évoluent entre 10 et 25 pour 100 et plus, les taux élevés étant réservés aux cas d'ailleurs rares de lumbagos traumatiques tenaces avec troubles moteurs sensitifs et trophiques dans le domaine du nerf crural. ROBERT CLÉMENT.

LYON MÉDICAL

P. Sassard. ***Les temps de saignement et de coagulation au cours de l'évolution des fibromes et leur modification par la méthode des acides aminés hématogènes*** (*Lyon Médical*, t. CXLVIII, n° 41, 11 Octobre 1931). — 11 malades porteuses de fibromes de l'utérus non compliqués ont été étudiées au point de vue du nombre des globules, du temps de saignement et du temps de coagulation.

Dans un premier groupe, composé de 6 fibromes ayant fort peu saigné, à développement surtout abdominal et s'accompagnant d'un état général parfait, 3 fois le temps de saignement a été normal; chez les 3 autres, il allait jusqu'à cinq minutes 20 secondes. Le temps de coagulation est presque toujours normal, sauf 2 fois où il atteint 6 à 7 minutes. Chez ces malades qui ont peu ou pas saigné, il y a d'une façon presque constante un certain degré d'anémie qui serait en faveur d'un élément toxique dans les fibromes.

Chez les 5 autres malades, porteuses de fibromes très hémorragipares, avant tout traitement, la diminution des globules rouges est considérable, toujours plus accentuée que l'impression clinique ne le fait supposer. « Le temps de saignement est augmenté d'une façon constante » (?). Les temps de saignement ont varié entre 3 minutes et 6 minutes 20. Le temps de coagulation est lui aussi légèrement augmenté.

Après un traitement de 20 à 30 piqûres d'acides aminés hématogènes, l'amélioration est sensible, les forces et l'appétit sont revenus, et toutes ont subi avec succès l'intervention nécessitée par ce fibrome hémorragique. Un cas n'a pas été influencé par l'injection de tryptophane-histidine, un cas témoin soumis à la thérapeutique hépatique et sérique a vu le nombre de ses globules rouges augmenter de 78.000 en trois semaines. ROBERT CLÉMENT.

B. Lyonnet. ***L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée dans le diabète*** (*Lyon Médical*, tome CXLVIII, n° 42, 18 Octobre 1931). — Chez un individu normal, la glycémie varie peu. L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée après ingestion de 50 gr. de glucose le matin à jeun provoque une élévation de 0.20 à 0.40 dont le maximum est atteint en une 1/2 heure à une heure; le retour à la normale se fait en une à deux heures.

Chez les diabétiques, l'élévation de la glycémie au-dessus du taux de départ est beaucoup plus importante, elle est de 1 ou plusieurs grammes; le retour au taux de départ se fait plus lentement en 3 à 5 heures. L'épreuve fait apparaître la glycosurie chez les diabétiques rendus aglycosuriques par le régime. L'aire d'hyperglycémie dessinée par la courbe, si l'on prend comme unité le centimètre carré, est de 2 à 7 centimètres carrés au lieu de 0.20 à 0.40 chez le sujet normal.

L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée permet de déceler un diabète latent ou masqué par le régime, de diagnostiquer le diabète rénal. Dans les glycosuries non diabétiques ou paradiabétiques des obèses, de certains hépatiques, des basedowiens, la réaction est légère : la glycémie s'élève plus que chez le sujet sain mais moins que chez les diabétiques. ROBERT CLÉMENT.

L.-M. Bonnet. ***Etiologie des syphilides folliculaires; rôle de la tuberculose*** (*Lyon Médical*, t. CXLVIII, n° 45, 8 Novembre 1931). — Pourquoi un même agent infectieux, le tréponème, donne-t-il au niveau de la peau, durant la période secondaire, des lésions aussi dissemblables depuis la simple roséole jusqu'aux syphilides varioliformes et aux syphilides folliculaires, lichenoïdes et acnéiformes ? Est-ce le fait de races parasitaires particulières ou est-ce affaire de terrain ?

Habituellement, les lésions de la syphilis à la période secondaire se développent à un niveau quelconque du tissu cutané sans tenir aucun compte des organes inclus dans celui-ci. Dans certains cas, au contraire, l'inflammation est systématisée, localisée autour des appareils pilo-sébacés : ce sont les syphilides « péripilaires » ou « folliculaires ». On en décrit 2 formes : la forme sèche et la forme papulo-pustuleuse.

Les syphilides péripilaires sèches sont représentées par de petites papules acuminées centrées par un follicule pileux dont l'aspect rappelle celui des séborrhéides péripilaires ou par des éléments éruptifs réunis en petits groupes ressemblant au « lichen scrophulosorum » ou par des éléments difficiles à différencier de la kératose pilaire simple.

Les syphilides péripilaires papulo-pustuleuses rappellent les folliculites banales, l'acné (syphilides acnéiformes), plus rarement les tuberculides papulo-nécrotiques.

Ces éruptions ne sont en général pas précoces; leur lieu d'élection est les membres ou le tronc, la face est très rarement atteinte.

Pour expliquer cette localisation péripilaire et cette évolution particulière vers la pustule, on a invoqué divers facteurs se rapportant soit au terrain local, soit au terrain général. La kératose pilaire et la « kérose » sont deux états de la peau signalés comme favorisants du type éruptif.

Les anciens auteurs faisaient intervenir le tempérament, plus récemment on a mis en cause une altération quelconque de l'état général, un terrain affaibli. Le rôle étiologique possible de la tuberculose a été soupçonné par quelques auteurs : Neumann, Mracek, Pellizari, Finger, Milian.

Robert Clément.

L.-M. Bonnet. ***Etiologie des syphilides folliculaires; rôle de la tuberculose*** [*suite et fin*] (*Lyon Médical*, tome CXLVIII, n° 46, 15 Novembre 1931). — Dans ce deuxième article, B. expose le résultat de ses recherches personnelles.

L'étiologie tuberculeuse des syphilides péripilaires sèches à élément lichenoïde lui paraît suffisamment connue pour ne pas y insister. Ces syphilides ressemblent d'ailleurs étrangement au « lichen scrophulosorum », l'idée d'une parenté étiologique se présente immédiatement à l'esprit; même par la biopsie la distinction est parfois impossible et il est bien difficile de doser la part qui revient à chacune des deux infections dans ces manifestations cutanées.

Il a recueilli 82 observations de syphilides péripilaires pustuleuses ou acnéiques disséminées et donne le résumé de 45 relatives à des malades présentant des manifestations indiscutables de tuberculose. 8 autres avaient une hérédité tuberculeuse nette; 5 sujets étaient suspects de tuberculose, 24 paraissaient indemnes. Soit 55 pour 100 des porteurs de syphilides pustuleuses acnéiformes présentant des signes nets de tuberculose. Les lésions ganglionnaires occupent la première place parmi ceux-ci (24), les lésions ostéo-articulaires ont été retrouvées dans 6 cas, les lésions pulmonaires banales, 3 fois, les lésions pulmonaires torpides, 11 fois, le lupus, 1 fois.

Il est possible qu'il y ait parfois association de lésions tuberculeuses et syphilitiques. Cette interprétation, qui a été donnée pour les syphilides licheniennes, ne saurait être admise sans conteste pour l'ensemble des syphilides folliculaires. Dans les formes pustuleuses, les lésions doivent être essentiellement syphilitiques, la tuberculose n'ayant fait que favoriser la localisation spéciale par un mécanisme encore indéterminé.

Robert Clément.

J. Chalier, H. Naussac, C. E. Boyer et **A. Guichard.** ***La méningite tuberculeuse pure à liquide céphalo-rachidien puriforme*** (*Lyon Médical*, t. CXLVIII, n° 48, 29 Novembre 1931). — Le liquide céphalo-rachidien des méningites tuberculeuses n'est pas toujours limpide; dans certains cas, il devient louche, opalin, « eau de riz »; dans certains cas extrêmes, il se montre puriforme, laissant se déposer d'abondants flocons fibrineux au fond du tube, par sédimentation. La réaction cytologique qui accompagne ce changement d'aspect est variable, tantôt les polynucléaires dominent, tantôt les mononucléaires.

Cet aspect louche est quelquefois provoqué par l'association au bacille de Koch d'un autre germe microbien, méningocoque, pneumocoque, etc. Mais on peut le voir aussi dans des formes ne relevant que du bacille de Koch. Cette réaction trouble est souvent épisodique, on peut la voir précocement plus souvent tardivement au cours de l'évolution. 3 observations personnelles viennent montrer la possibilité d'un aspect trouble du liquide céphalo-rachidien durant toute la durée de la méningite. Le liquide était ambré dans un cas, puriforme; dans le second, opalescent; dans le troisième, le nombre des éléments cellulaires était très considérable (plus de 1.000 par millimètre cube) avec grosse prédominance de polynucléaires et présence de bacilles de Koch à l'examen direct. Prises pour des méningites épidémiques à méningocoques, ces méningites avaient été traitées au début avec du sérum intra-rachidien. Mais il ne semble pas possible de rendre l'injection intra-rachidienne responsable de l'aspect normal du liquide céphalo-rachidien.

Il semble que ce soit la quantité des leucocytes qui règle l'aspect du liquide spinal et aussi leur nature.

S'agit-il de formes anormales et dégradées du bacille de Koch, de toxines bactériennes spéciales, de foyers méningés caséeux, d'une particulière abondance de bacilles de Koch dans le liquide céphalo-rachidien, il est difficile de se prononcer sur la valeur de ces hypothèses. Dans les 3 observations rapportées, il a été relativement facile de trouver et d'identifier le germe tuberculeux.

Ces 3 méningites ont eu une évolution relativement rapide ne dépassant pas 11 à 12 jours, mais l'évolution aiguë n'est pas l'apanage des bacilloses méningées à liquide puriforme.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

P. Courmont, H. Gardère et **A. Badinand.** ***Signification des variations des protéines du sérum chez les tuberculeux*** (*Journal de Médecine de Lyon*), t. XII, n° 283, 20 Octobre 1931). — Chez 54 tuberculeux suivis pendant 2 ans, C. G. et B. ont fait une étude parallèle des protéines du sérum, du coefficient sérine sur globuline, du pouvoir agglutinant, du pouvoir bactéricide et de la déviation du complément et ont comparé ces données à celles fournies par la clinique.

L'examen des protéines du sérum et du coefficient S/G n'a pas de valeur diagnostique; de grandes variations des protéines et du coefficient sont rencontrées chez les hypertendus ou les hypotendus, qu'il s'agisse ou non de tuberculose. Les différences de valeur semblent dues beaucoup plus aux variations de l'état général qu'à la cause qui les produit.

Au point de vue pronostique, les chiffres trouvés confirment que les coefficients S/G élevés se rencontrent chez les malades guéris avec bon état général ou chez les malades simplement évolutifs de bon pronostic, tandis que les coefficients les plus bas sont rencontrés dans les cas graves, souvent mortels. 13 cas ont un coefficient au-dessus de 1.50. Parmi ceux-ci, il n'y a eu qu'un décès et 12 cas de bons et de très bons pronostics. 8 cas ont un coefficient au-dessous de 1; on trouve parmi eux 4 morts, un cas très grave, 3 bons cas seulement. Entre ces 2 catégories, sont 14 cas où le coefficient est entre 1 et 1,50. Ici, il y a une proportion à peu près égale de cas mortels (5) ou très grave (1) ou de cas très bons ou moyens (7).

Il faut tenir compte d'un assez grand nombre d'exceptions troublantes. Dans une observation, le coefficient S/G a été de 6,26, puis de 1,70 quelques mois avant la mort dans une forme progressivement évolutive avec état général médiocre. D'autre part, à plusieurs reprises, on a trouvé des coefficients au-dessous de 1, chez des sujets n'ayant qu'une atteinte tout à fait minime, n'ayant jamais diminué leur activité. Dans un de ces cas, le pronostic indiqué par le pouvoir bactéricide (+2), la déviation du complément (+ 3) et le pouvoir agglutinant étaient également mauva's, alors que l'avenir n'a pas justifié les indications fournies par la sérologie. Chez un autre malade présentant une forme aiguë très grave qui se termina par la mort après 4 mois, le coefficient, de 1, 32, n'indiquait pas un mauvais pronostic, il était d'ailleurs d'accord avec les autres indications sérologiques également défaillantes, pouvoir bactéricide (+ 4) Vernes à 28.

La bonne valeur pronostique du coefficient élevé est cependant plus grande que la mauvaise signification du coefficient bas, mais les variations entre le pronostic réel et les chiffres obtenus diminuent beaucoup la valeur pronostique que l'on peut attacher au dosage des albumines du sérum et au coefficient albumineux.

Robert Clément.

V. Cordier et **J. Rivière.** ***L'endocardite infectieuse vraie au cours de la tuberculose pulmonaire*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XII, n° 283, 20 Octobre 1931). — A propos de 2 observations de sujets atteints de tuberculose fibro-caséeuse bi-latérale évolutive, ayant présenté une endocardite infectieuse à type Osler, dans le premier cas, se manifestant par du purpura, des panaris et tardivement des souffles cardiaques, et une endocardite maligne à évolution rapide dans le deuxième cas, toutes deux confirmées à l'autopsie, C. et R. envisagent les problèmes soulevés par ces faits exceptionels.

L'endocardite n'a joué aucun rôle dans l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

La tuberculose n'est pas un obstacle à la création de lésions endocarditiques : Non seulement l'endocardite tuberculeuse existe, mais on peut observer, comme dans les cas rapportés, des endocardites infectieuses vraies. La tuberculose semble incapable de jouer un rôle d'arrêt ou de défense et l'endocarde du tuberculeux n'est pas réfractaire aux infections comme on le croyait autrefois.

Le tableau clinique d'endocardite trouble celui de la tuberculose; le diagnostic précoce est difficile en raison du caractère anormal de la courbe fébrile et de l'intrication des signes infectieux avec ceux de la phtisie.

La porte d'entrée des germes infectieux cause de ces endocardites est difficile à préciser : on peut admettre le réveil d'une infection latente.

Robert Clément.

MONTPELLIER MÉDICAL

A. Puech, P. Cristol et **P. Monnier.** ***La polypeptidémie dans les néphrites avec azotémie, l'urémie toxique et l'anurie; résultats de 6 années d'expériences*** (*Montpellier Médical*, 2e série, tome LIII, n° 20, 15 Octobre 1931). — En étudiant les différents désalbuminants du sang en vue du dosage de l'azote total, on a pu préciser la teneur en azote polypeptidique d'un sérum. L'azote po-

lypeptidique par litre de sérum constitue l'indice de polypeptidémie. A l'état normal et à jeun cet indice est de 0,02 et 0,03. Le rapport azote polypeptique sur azote total trichloracétique constitue l'indice de désamination. 170 dosages d'azote polypeptidique, chez 63 azotémiques, permettent de dégager quelques conclusions.

La polypeptidémie est toujours très élevée dans les crises d'urémie toxique. Les grandes hyperpolypeptidémies ne se rencontrent que dans la grande intoxication urémique et dans aucun autre état. Les variations de l'azote polypeptidique suivent de près celles de la clinique: la grande hyperpolypeptidémie évolue ainsi par poussées brusques et rapides. Dans les crises d'urémie, l'indice de polypeptidémie parti d'un taux variable, suivant les circonstances étiologiques et pathogéniques, s'élève rapidement à des taux qui sont rarement inférieurs à 0,18 et qui atteignent facilement 0,20, 0,30 et plus au moment de la mort.

Il y a une proportionnalité indiscutable dans l'urémie entre l'élévation du taux de la polypeptidémie et celle de l'urée sanguine; mais parfois l'urée s'accroît alors que l'état s'améliore ou inversement: dans ces cas-là, la polypeptidémie se dissocie de l'azotémie et suit les symptômes cliniques.

La crise d'hyperpolypeptidémie apparaît comme fonction à la fois d'un facteur rénal et d'un trouble du métabolisme extra-rénal.

Dans les néphrites sans azotémies aiguë ou chroniques, la polypeptidémie reste normale. Dans la néphrite chronique avec azotémie, la polypeptidémie est d'une façon générale d'autant plus haute que l'azotémie est plus forte, sans cependant atteindre les chiffres observés dans certains cas de grande urémie. Dans ces cas-là le facteur rétentionnel ou l'insuffisance rénale jouent le rôle prédominant dans son apparition.

Dans les néphrites subaiguës avec hypertension à évolution grave, il existe une hyperpolypeptidémie relative; elle est alors d'ordre peut-être pronostique et sûrement doctrinal. ROBERT CLÉMENT.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

J. Parisot, G. Lévy et **Robert-Lévy.** ***La réaction de Vernes à la résorcine au cours de la tuberculose pleuro-pulmonaire*** (*Revue Médicale de l'Est*, tome LIV, nos 15-16, 1 et 15 Août 1931). — L'étude statistique de la réaction de Vernes poursuivie, durant un an, sur les malades en traitement à l'hôpital-sanatorium Villemin, a donné les résultats suivants:

Dans les tuberculoses ouvertes, sur 94 sérums expérimentés, on trouve une densité optique moyenne de 88,4. Dans 94,1 pour 100 l'indice optique s'élève au-dessus de 30 (densité optique supérieur à 30 = bacillose, sauf exception). Les résultats de la séro-floculation se répartissent ainsi: indice optique: de 0 à 15: 1 pour 100; de 16 à 30: 4 pour 100; de 31 à 40: 6 pour 100; de 41 à 60: 15,9 pour 100; de 61 à 100: 39,3 pour 100; au-dessus de 100: 32,9 pour 100. Les 5 résultats inférieurs à 30 constituent un pourcentage d'erreur de 5 pour 100 environ; mais il convient d'ajouter que ces sérums appartenaient à des sujets non évolutifs, 3 d'entre eux ne présentant que des lésions fibreuses, discrètes, masquées par de la bronchite et de l'emphysème. Les chiffres obtenus ne sont pas comparables entre eux: chez 30 sujets atteints de tuberculose cavitaire bilatérale avec état général médiocre, cliniquement très comparables, l'indice optique variait de 48 à 160. Tel autre malade porteur de sclérose pleuro-pulmonaire absolument figée et de pronostic favorable donne un chiffre de 103.

Dans 48 cas de tuberculoses fermées, la densité optique moyenne fut de 47,43. 70,9 des cas avaient un indice supérieur à 30.

Dans un troisième groupe constitué par des sujets non tuberculeux, mais suspects de tuberculose, on trouve, dans 4 sérums de sujets atteints de sclérose pulmonaire des gazés, des indices de 18, 22, 11, 28. 12 sérums de bronchites banales avec emphysème donnent 9 indices au-dessous de 30, un de 32, un de 34 et un de 60. Ce dernier correspondant à une bronchite aiguë. La bronchite banale, pas plus que la sclérose des gazés, ne semble provoquer une élévation de l'indice de déviation optique. 6 sérums de grippés ont donné 54, 47, 97, 59, 27 et 9. Les 2 derniers correspondent à la période de convalescence; la grippe provoque donc d'une façon passagère une floculation exagérée du sérum sanguin. 3 bronchiectasies ont donné 2 indices faibles et un indice fort.

Les renseignements les plus précieux fournis par la réaction de Vernes sont en rapport non avec une réaction isolée, mais avec les résultats fournis à différentes périodes chez un même malade: les variations de l'indice optique traduisent avec fidélité les modifications survenues dans l'état général du sujet et dans l'évolution de ses lésions. Elle a alors une valeur pronostique considérable.

ROBERT CLÉMENT.

STRASBOURG MÉDICAL

E. Schmutz. ***Le développement de l'épidémie de poliomyélite aiguë dans le Bas-Rhin en été 1930*** (*Strasbourg Médical*, t. XCI, no 24, 25 Août 1931). — Au cours de l'été 1930, de Juin à Octobre, une épidémie de poliomyélite aiguë a sévi dans le département du Bas-Rhin, frappant 405 personnes. Sur 125 communes atteintes, 96 ont seulement présenté 1 ou 2 cas.

La population des communes atteintes représente 55 pour 100 de la population totale du département et, si l'on met à part Strasbourg, 35 pour 100 seulement de la population totale. Le taux de la morbidité est de 79,6 pour 100.000 habitants dans l'agglomération strasbourgeoise, de 149 dans le reste du département.

84 pour 100 des cas ont frappé des enfants de 0 à 6 ans, âge pré-scolaire, 16 pour 100 des cas ont atteint des enfants d'âge scolaire (6 à 13 ans), 5 pour 100 des cas concernent des adolescents au-dessous de 21 ans.

La mortalité est de 10 pour 100 dans l'ensemble. Elle est de 7,5 pour 100 à l'âge pré-scolaire, 16 pour 100 à l'âge scolaire, 20 pour 100 chez les adolescents.

L'extension de l'épidémie s'est faite d'abord dans la région bordant la rive gauche du Rhin et du Nord au Sud, par conséquent à l'encontre du courant du fleuve et de la nappe souterraine. Dans une deuxième phase, les cas se sont échelonnés dans la direction est-ouest, de la plaine vers la montagne en remontant les affluents du Rhin. A mesure que l'épidémie s'étendait, les premiers foyers s'éteignaient progressivement. En se propageant, le virus crée un état d'immunité régionale ce qui fait que, dans l'ensemble et topographiquement parlant, la poliomyélite ne revient pas en arrière.

La poliomyélite semble avoir eu une prédilection pour les localités situées soit dans la plaine qui longe le Rhin, soit le long des rives de certains affluents. Elle s'attaque de préférence aux agglomérations humaines vivant à l'orée des bois et ne pénètre que difficilement dans les régions de haute altitude.

De fortes chaleurs ont précédé de 10 à 15 jours l'éclosion et le développement progressif de l'épidémie ainsi qu'une période de sécheresse.

Les 2 courbes, celle du niveau de la nappe d'eau souterraine et celle de la morbidité de la poliomyélite globale, sont à l'inverse l'une de l'autre; le maximum de morbidité coïncide avec le niveau d'eau le plus bas de la nappe souterraine.

Chaque fois que l'enquête a pu être effectuée, elle a permis d'établir la possibilité d'une transmission du virus par contact interhumain (malade ou porteur de germes). En aucune occasion, l'hypothèse de la propagation de la maladie par l'intermédiaire de l'eau de boisson ou des aliments ne s'est imposée d'une manière exclusive.

ROBERT CLÉMENT.

P. Rohmer, R. Meyer, Mlle Phelizot, Tassovatz, Vallette et **Willemin.** ***Observations cliniques et thérapeutiques faites pendant l'épidémie de poliomyélite d'Alsace en 1930*** (*Strasbourg Médical*, tome XCI, no 24, 25 Août 1931). — Ces déductions sont basées sur l'étude de 338 observations de poliomyélite aiguë, 186 soignées à la clinique infantile de la Faculté de Strasbourg, 152 provenant de différents médecins. Sur les 328 cas observés entre Juin et Octobre, il y eut 214 formes bénignes (65,2 pour 100) et 116 formes graves (34,8 pour 100) dont 22 décès (6,6 pour 100). 52 pour 100 du nombre total portent sur des enfants de 2 à 3 ans, 73 pour 100 sur des enfants de 2 à 5 ans. Les cas les plus graves ont au contraire sévi dans la deuxième enfance.

On peut classer les formes cliniques en formes foudroyantes (7 cas); formes envahissantes graves (24 cas dont 4 décès) dans laquelle les paralysies étaient généralement ascendantes, mais commençaient quelquefois par les membres supérieurs et s'accompagnaient souvent de symptômes bulbaires encéphalitiques, mésocéphaliques ou cérébelleux avec réactions méningées importantes.

10 enfants présentèrent des formes hautes, sans signes de participation médullaire (encéphalitiques, mésocéphaliques, cérébelleuses, bulbo-protubérantielle); un de ces malades a succombé, les autres ont guéri et ne présentaient quelques mois plus tard que quelques légères paralysies faciales.

La forme méningitique pure a été observée 4 fois. L'évolution est favorable, la guérison est sans séquelle.

66 cas se rapportent à la forme spinale commune et 34 à la forme spinale bénigne. Enfin, 10 formes frustes furent observées, toutes confirmées par l'examen du liquide céphalo-rachidien.

Le stade aigu de la maladie dure généralement de quatre à seize jours, la fièvre et les symptômes infectieux persistent encore trois à douze jours après l'apparition des paralysies.

La réaction méningitique caractéristique a toujours été observée, elle précède l'apparition des paralysies; l'examen du liquide céphalo-rachidien peut donc servir au dépistage précoce de la maladie.

Le sérum d'anciens malades et surtout celui de convalescents récents a eu un effet curatif très net dans la forme envahissante grave de la maladie. Son action dans la forme commune n'a pu être jugée en raison des difficultés à se procurer ce sérum.

Des 186 enfants traités dès le début de leur maladie à la clinique, 83 ont reçu du sérum antipoliomyélitique de cheval de Pettit intra-musculaire et intra-rachidien; 11 fois il s'agissait de forme envahissante: les résultats ne permettent pas d'affirmer l'action thérapeutique de ce sérum.

Il y a intérêt urgent à constituer des provisions suffisantes de sérum d'anciens malades prêtes à être utilisées en cas de nouvelles épidémies. A défaut de sérum d'anciens malades, on peut se servir du sang de personnes saines de l'entourage des malades ou de celui d'adultes ayant vécu dans une région où a sévi auparavant une épidémie de poliomyélite. ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE MILITAIRES
(Paris)

P. J. E. Beyne. ***Le mal des aviateurs; étude d'ensemble des actions physio-pathologiques exercées sur l'organisme humain par le vol en***

avion (*Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, tome XCV, n° 3, Octobre 1931). — B. exclut du cadre du mal des aviateurs les phénomènes observés en avion par gros temps, parfois à des altitudes très faibles, tout à fait comparables au mal de mer, qui n'ont rien de spécifique et ne sont nullement propres aux aviateurs.

Les accidents immédiats ou aigus s'observent à des altitudes variables suivant les sujets, les avions, les circonstances de vol. Au cours de la montée, se manifestent tout d'abord des troubles circulatoires, tachycardie, palpitations, irrégularité cardiaque. Puis, à partir de 3.000 à 5.000 mètres, la respiration s'accélère, devient pénible et profonde. Ces phénomènes sont plus marqués chez les aviateurs ayant effectué un travail musculaire. Les mouvements volontaires deviennent pénibles avec parfois tendance aux contractures et aux crampes. La céphalée avec dépression et quelquefois torpeur, la diminution des capacités physiques et intellectuelles se produisent dès qu'on a atteint de hautes altitudes. Les nausées, vomissements, les bourdonnements d'oreilles ne sont pas rares.

En palier, ces troubles s'atténuent et l'organisme retrouve un équilibre relatif tout au moins lorsque ce palier ne dépasse pas 5.000 mètres.

En descente, les troubles respiratoires diminuent, la tachycardie et les palpitations s'accentuent si la descente est rapide. Certains aviateurs accusent une sensation de chaleur et de congestion de la face. Les bourdonnements et claquements d'oreilles sont plus intenses qu'à la montée.

Après l'atterrissage, une excitation nerveuse passagère avec tremblements et exagération des réflexes est couramment observée. Souvent persistent des bruits subjectifs dans les oreilles et le besoin de sommeil est impérieux.

Le polymorphisme des aspects de la forme aiguë du mal des aviateurs s'explique par le fait de susceptibilités individuelles et aussi de ce qu'il est une résultante de l'action de facteurs divers.

La diminution de la pression atmosphérique entraîne une asphyxie relative contre laquelle l'organisme se défend par une polyglobulie passagère, une augmentation de la ventilation pulmonaire, une vaso-dilatation générale. L'organisme s'efforce de s'adapter aux conditions anormales que lui impose l'altitude, mais ce n'est pas sans que se réalise une certaine instabilité de l'équilibre acido-basique du sang inclinant vers l'alcalose gazeuse compensée.

Le facteur primordial des réactions cardio-vasculaires est moins la diminution que les variations plus ou moins brusques de la pression atmosphérique. Les réactions vaso-motrices et les modifications de pression artérielle qu'elles provoquent sont proportionnelles à la fois à l'ampleur de la variation de la pression atmosphérique et à sa rapidité.

Le froid, la sécheresse de l'air, la ventilation très violente, les bruits de l'avion contribuent à exagérer les troubles auditifs. L'élimination des déchets de l'organisme paraît déficiente en altitude et on a pu attribuer à l'auto-intoxication un rôle secondaire dans la genèse du mal d'altitude.

Les troubles tardifs et chroniques s'observent chez les aviateurs soumis à un travail aérien intense. Dans un premier degré, il s'agit de fatigue avec dépression générale, nervosisme, augmentation de l'émotivité, loquacité, besoin de sommeil impérieux. L'hypertension artérielle après le vol peut durer de quelques heures à quelques jours.

A un deuxième stade, se constitue ce que l'on a appelé le mal vrai des aviateurs: fatigue profonde, perte de l'appétit avec parfois nausées et troubles digestifs, sommeil troublé de cauchemars, facies spécial, céphalée. Les sujets sont abattus, mornes, irritables, ils ont perdu leur confiance en eux-mêmes. En vol, ils sont sujets à des vertiges, à des éblouissements et ont parfois l'impression d'être en imminence de syncope. Certains aviateurs ont présenté des scotomes partiels ou des éblouissements. Chez ces sujets, le pouls est mou, irrégulier, le cœur présente un prolongement du premier bruit avec tendance au doublement du second, la pression artérielle est basse, instable, la toxicité urinaire est augmentée.

Dans le mal chronique des aviateurs, il y a superposition et mélange intime de phénomènes qui sont l'expression d'un surmenage général et de troubles résultant de l'influence nocive spéciale à l'aviation: polyglobulie chronique avec splénomégalie, instabilité du pn sanguin avec tendance à l'alcalose, surmenage du cœur droit lié aux vaso-dilatations pulmonaires répétées que provoque l'adaptation à l'attitude, hypertrophie du cœur, surtout du ventricule gauche, provoquée par les variations brutales de la pression artérielle.

L'interruption totale et assez prolongée de tout service aérien est le traitement qu'il convient d'opposer à tous ces troubles.

Robert Clément.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'INDOCHINE

H. Morin, E. Farinaud et **C. Toumanoff.** ***Recherches sur le paludisme au Tonkin : 1° Orientation et méthodes des recherches; 2° premières constatations épidémiologiques; 3° révision de la faune de la moyenne région; les vecteurs du paludisme local*** (*Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine*, tome IX, n° 6, Juin 1931). — Utilisant la riche documentation accumulée par leurs prédecesseurs, et la complétant par une enquête systématique sur la recherche de l'hématozoaire dans les glandes salivaires des anophèles, par l'étude clinique et hématologique du paludisme humain, par l'établissement de l'index splénique, M., F. et T. ont fait une importante étude du paludisme au Tonkin.

Les provinces entièrement montagneuses de la haute région sont fortement infectées de paludisme dans leur ensemble. Les provinces de la moyenne région sont en général très infestées dans leur partie montagneuse, moyennement ou peu dans leur partie deltaïque. Enfin, les provinces purement deltaïques sont pratiquement indemnes de paludisme. Il y a des variations du taux de l'endémie palustre entre 2 localités très rapprochées : le paludisme paraît procéder par foyers sporadiques; la constitution et l'intensité d'une zone d'endémie est en rapport avec la densité de ces foyers isolés pratiquement indépendants.

Les recherches sur la faune anophélienne du Tonkin pendant 4 mois ont permis de constater avec certitude la présence des 10 espèces anophéliennes décrites par Mathis et Léger et de 6 autres espèces. Ces données montrent malgré la différence assez prononcée du climat une grande similitude entre la faune anophélienne du Tonkin et celle des régions méridionales de l'Indo-Chine.

Les anophèles capturés dans les foyers de paludisme appartiennent pour une très forte proportion à des espèces rares ou inexistantes dans les zones saines. Parmi les spécimens adultes des espèces spéciales aux régions insalubres, des dissections en série montrent la présence de l'infestion par l'hématozoaire avec une fréquence comparable à celle observée aux Philippines, en Cochinchine, au Bengale et en Birmanie. Les pourcentages d'infection les plus élevés chez les insectes sont obtenus dans les localités où l'index endémique est le plus haut.

La destruction des anophèles vecteurs aux abords des agglomérations infestées a pour effet la raréfaction immédiate des manifestations cliniques du paludisme dans ces agglomérations. L'institution d'une prophylaxie industrielle de la malaria est donc rationnelle lorsqu'il est possible soit de détruire périodiquement les anophèles, soit de réaliser une modification définitive des sites entraînant la disparition pratique des foyers de pullulation larvaire.

Robert Clément.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE (Paris)

J. Vilardell (Barcelone). ***L'épreuve de Eilbott et von Bergmann dans l'exploration fonctionnelle du foie*** (*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, t. VI, n° 5, Septembre-Octobre 1931). — Cette épreuve est basée sur le dosage comparatif de la bilirubine du sang par un des procédés d'Ilyjmans van den Berg, Ernst et Forster ou Meulengracht, avant, 4 minutes après, et 4 heures après l'injection intra-veineuse de 5 centigr. de bilirubine dissoute dans 10 cmc d'une solution de carbonate de soude à 6 pour 100, tiédie à 37° au bain-marie. La solution doit être préparée immédiatement avant d'être injectée lentement pour éviter les phénomènes de choc que l'on voit quelquefois surtout si la solution a été mal préparée ou depuis trop longtemps.

Normalement, au bout de quatre heures, la bilirubine doit être totalement éliminée. Cependant, chez certains individus, on peut observer encore une certaine rétention qui atteint rarement 10 pour 100.

D'après ces recherches, V. arrive aux conclusions suivantes: l'épreuve d'hyperbilirubinémie artificielle est de celles qui donnent l'idée la plus exacte de l'état de la fonction pigmentaire.

Dans l'alcoolisme aigu, dans 4 cas, il y eut une franche réaction, une fois une rétention intense. Dans l'alcoolisme chronique, la rétention est également manifeste. Dans un cas de cirrhose de Laennec typique, au moment de l'apparition de l'ascite, la rétention était franche.

Au cours de l'ictère catarrhal, l'élimination est très rapide; quelquefois, il y a une élévation du taux de la bilirubine et celle-ci peut persister fort longtemps, deux ans dans un cas. Dans les cholécystites chroniques, la rétention marquée est un excellent indicateur de l'altération du parenchyme hépatique. Chez une malade cholécystectomisée trois ans auparavant, le résultat de l'épreuve fut normal.

Dans le foie cardiaque, on observe 2 types d'élimination de la bilirubine. Dans les cas récents, l'élimination est normale; dans un cas où elle était augmentée, on trouva à l'autopsie un foie cirrhotique.

Cette méthode sensible permet d'apprécier l'état fonctionnel du foie après l'emploi des anesthésiques, au cours des maladies de la nutrition, dans la tuberculose.

L'hyperbilirubinémie artificielle pratiquée à plusieurs reprises pourrait aider à compléter l'étude de la physio-pathologie des pigments biliaires.

F. Meersseman et **G. Tricault.** ***La lambliase vésiculaire; à propos de quelques observations personnelles*** (*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, t. VI, n° 5, Septembre-Octobre 1931). — L'existence de la lambliase vésiculaire a été révélée par le tubage duodénal qui a montré la prédilection des lamblias pour la région duodénale et l'abondance toute particulière des flagellés dans la bile B obtenue par l'épreuve de l'excrétion vésiculaire.

M. et T. apportent 5 observations de sujets souffrant ou non de troubles de la sphère sous-hépatique, chez qui le tubage duodénal a permis de recueillir une bile vésiculaire particulièrement riche en lamblias. Ils admettent l'origine cholécystique des parasites renfermés dans la bile B. En pratiquant systématiquement le tubage duodénal chez les

malades atteints de lambliase intestinale, on rencontre de nombreux cas où les parasites présents dans la bile A sont rares ou absents dans la bile B. Il s'agit alors de lambliase duodénale simple non compliquée d'infestation des voies biliaires.

Pour faire le diagnostic de lambliase vésiculaire, il faut être sûr que la bile obtenue par l'épreuve de Meltzer-Lyon soit, par ses caractères de viscosité, de coloration, de concentration élevée en pigments et en cholestérol, indiscutablement d'origine vésiculaire et qu'il y ait une prédominance nette des parasites dans cette bile par rapport à la bile A. Dans les 8 cas rapportés par Morénas, où le diagnostic de lambliase vésiculaire porté d'après les résultats du tubage a été infirmé par les constatations opératoires ultérieures, il semble que cette double condition n'ait pas été toujours réalisée.

La lambliase vésiculaire est une complication de la lambliase intestinale; elle apparaît chez les sujets qui présentent depuis un temps plus ou moins long les signes de la parasitose intestinale. Le cholécyste une fois envahi, il peut n'en résulter aucune symptomatologie particulière. Lorsqu'elle devient apparente, la lambliase vésiculaire se traduit d'abord par un syndrome douloureux discret de la région sous-hépatique; puis par quelques signes de dysfonctionnement hépato-biliaire. On peut observer aussi des troubles réflexes à point de départ vésiculaire et tout particulièrement des troubles gastriques. L'état général n'est pas d'une manière habituelle plus troublé par la lambliase vésiculaire qu'il ne l'est par la lambliase intestinale.

L'infestation vésiculaire ne revêt pas les caractères de constance nécessaire pour qu'on puisse considérer les cholécystes comme un réservoir de virus réensemençant sans cesse le tube digestif et habitat primordial du parasite.

Le traitement de la lambliase vésiculaire est le même que celui de la lambliase intestinale, mais il est ici moins efficace. Les injections intraveineuses de néosalvarsan agissent alors que les autres arsenicaux sont inefficaces; il est indiqué d'associer le drainage médical des voies biliaires. La cholécystectomie est inutile; elle ne modifie en rien la parasitose intestinale et la modicité des signes anatomo-cliniques ne justifie pas cette intervention, à moins qu'il n'existe une autre affection vésiculaire associée.

L. Béthoux et **P. Mounier**. ***Etude de la tension superficielle des urines par la stalagmométrie; l'urostalagmie et les rapports urostalagmiques; applications à la recherche de la cholalurie et de l'acidose*** (*La Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, tome VI, n° 5, Septembre-Octobre 1931). — Pour la détermination de la tension superficielle des urines, B. et M. s'adressent à la stalagmométrie, mais au lieu d'exprimer la grandeur de la tension superficielle en milligrammes par millimètres superficiels, en dynes par centimètres superficiels ou en millièmes de la tension superficielle de l'eau prise comme terme de comparaison, ils ont créé un quatrième mode d'expression, l'*urostalagmie*, qui est l'excédent du nombre de gouttes sur 100, 100 étant le nombre de gouttes données par l'eau pure et une correction ayant permis d'éliminer l'influence physique propre de la densité. La teneur de la solution en substances tenso-actives est directement proportionnelle à cet excédent.

Pour une urine donnée, il faut considérer 3 espèces d'urostalagmie, l'urostolagmie de l'urine naturelle, celle de l'urine acidifiée, et celle de l'urine neutralisée. En pratique, l'urostalagmie de l'urine acidifiée, la plus sensible, suffit dans la plupart des cas.

Dans la cholalurie, l'urostalagmie est toujours élevée.

Par l'emploi simultané de la réaction de Hay et de la stalagmométrie, on peut révéler avec une grande probabilité des doses de sels biliaires inférieures à 0 gr. 20 par litre, on peut avoir une idée approximative de leur abondance. Dans les cas douteux, on pratique l'épreuve de la cholalurie provoquée de Doumer.

En l'absence de sels biliaires et de corps albuminoïdes en fortes proportions, une élévation notable de l'urostalagmie devra faire présumer, avec une grande probabilité, une élimination excessive d'acides organiques; mais la réciprocité n'est pas vraie, tout état d'acidose n'est pas révélé par une urostalagmie manifestement excessive.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE DE FRANCE ET DES COLONIES (Marseille)

L. Cornil et **F. Blanc**. ***Le syndrome abdominal aigu par section médullaire physiologique au cours des myélites transverses*** (*Revue Médicale de France et des Colonies*, tome VIII, n° 9, Septembre 1931). — Chez un marin de 41 ans ayant présenté une myélite dorso-lombaire d'étiologie imprécise avec paraplégie flasque et dissociation syringomyélique de la sensibilité, C. et B. ont observé un syndrome abdominal analogue à celui observé dans les sections médullaires post-traumatiques.

Dans une première phase précédant la paraplégie, il s'est manifesté par du priapisme, des douleurs lombaires et de la rétention d'urine avec hyposécrétion rénale: 500 cmc d'urines sécrétée en 3 jours, recueillies à la sonde; puis, la phase aiguë fut caractérisée par le météorisme abdominal, les hémorragies intestinales, abondantes, l'hyposécrétion rénale et le dysfonctionnement avec hématurie qui ont accompagné la paraplégie. Au cours de l'évolution ultérieure, le syndrome abdominal s'est manifesté par la rétention vésicale, la constipation, l'albuminurie.

Ce syndrome abdominal est en somme caractérisé par une vaso-dilatation abdominale intense avec hémorragies intestinales et rénales, des troubles de la motricité intestinale avec météorisme, une hyposécrétion rénale et des signes généraux, instabilité du pouls et de la température. L'état du malade s'améliora dans les 3 mois qui suivirent au point de vue motricité alors que les troubles des sphincters persistèrent.

Le syndrome abdominal aigu se rencontre au cours des affections médicales de la moelle avec une fréquence assez grande pour qu'il soit bon d'en rechercher systématiquement les formes frustes dans toutes myélites transverses.

Robert Clément.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES (Louvain)

P. Govaerts et **A. Gratia**. ***Contribution à l'étude de l'hémophilie*** (*Revue Belge des Sciences Médicales*, tome III, n° 6, Juin-Juillet 1931). — Si un certain nombre de notions sont acquises dans la pathogénie de l'hémophilie, les divergences sont encore nombreuses lorsqu'il s'agit de définir la nature exacte de l'anomalie d'où découle le retard de coagulation. G. et G. ont pu se livrer à toute une série de recherches très bien conduites sur le sang et le plasma d'une hémophile de 18 ans. Ces travaux les amènent à la conclusion que la particularité essentielle du sang de l'hémophile est la *stabilité anormale des plaquettes*. Elles ne subissent pas, comme dans un sang normal, une désintégration rapide, elles ne libèrent qu'avec une extrême lenteur le cytozyme qu'elles renferment. Si on accélère la destruction des plaquettes par l'hypertonie de la solution ou la congélation, on provoque une coagulation rapide du sang d'hémophile.

La stabilité excessive des plaquettes d'hémophiles n'est pas le résultat d'une constitution anormale de ses éléments: placés dans du plasma normal, elles se comportent comme des plaquettes normales. Le trouble qui donne naissance à l'hémophilie est donc *essentiellement plasmatique*. Il disparaît pourvu que l'on ajoute au sang d'hémophile une minime quantité de plasma normal.

L'élément qui restitue au plasma d'hémophile une coagulabilité normale n'est ni le cystozyme, ni le prosérozyme, c'est un agent thermolabile qui traverse les bougies Berkefeld, mais non le collodion et qui persiste dans le plasma filtré ou phosphaté. Il est probable qu'il agit en favorisant la destruction des plaquettes et la libération du cytozyme.

Robert Clément.

ARCHIVES FRANCO-BELGES DE CHIRURGIE (Bruxelles)

J. Moreau (Bruxelles). ***La dysostose hypophysaire [Maladie de Schüller; syndrome de Christian]*** (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, An. XXXII, n° 9, Septembre 1930). — Long et important mémoire dont l'abondante illustration permet de passer en revue toutes les dystrophies capables de déterminer sur les pièces squelettiques et en particulier sur le crâne des formations lacunaires.

Vue, mais confondue avec la tuberculose perforante, l'hydrocéphalie, la D. H. fut identifiée en 1916 par Schüller et, en 1919, caractérisée par ses trois symptômes essentiels: l'ostéoporose lacunaire, l'exophtalmie, le diabète insipide, par Christian. L'identification ne fut toutefois achevée qu'en 1928, après que Rowland eut reconnu que les cas de xanthomatose osseuse cranio-cérébrale lui appartenaient; les éléments de cette xanthomatose, hypercholestérinémie, réaction réticulo-endothéliale avec cellules spumeuses, apparaissant dès lors comme essentiels dans sa pathogénie.

Cette conception pathogénique est confirmée par l'étude synthétique du présent mémoire, des 34 cas publiés et, de plus, M. établit que les éléments fibreux des lésions ne sont pas, comme on a pu le soutenir, les éléments essentiels, mais qu'ils ne sont que secondaires aux éléments xanthomateux primitivement agissants.

Les néoformations réticulo-endothéliales xanthomateuses ont leur localisation dans le squelette bien avant les premiers signes cliniques; elles perforent le crâne, ramollissent les maxillaires, les parois de l'orbite, déforment et rompent les os des membres. Elles forment des tumeurs qui font saillie sous le cuir chevelu au niveau des perforations craniennes; rétro-orbitaires, elles contribuent, avec les déformations des parois osseuses de la cavité, à produire une exophtalmie allant jusqu'à la luxation du globe oculaire. Elles déforment de même la selle turcique, compriment et envahissent l'hypophyse, la tige pituitaire et le tuber cinereum, donnant ainsi naissance au nanisme et à l'infantilisme hypophysaire, au diabète insipide.

Au point de vue étiologique, M. reconnaît 3 variétés:

1° La xanthomatose cranio-hypophysaire habituelle que nous venons d'esquisser;

2° Avec mêmes signes cliniques et radiologiques de résorption lacunaire, une réticulo-endothéliose granulomateuse, avec localisation prédominante au système hématopoïétique, entraînant l'hypoplasie du foie et de la rate, et la dégénérescence profonde de la moelle osseuse dans tous les os;

3° Des formes mixtes ou malignes, heureusement exceptionnelles, où l'hyperplasie xanthomateuse s'associe au sarcome, au myélome.

Le mémoire se termine par l'observation nou-


DIGESTION TOTALE
DIASTOPEPSINE RICHEPIN
Représente l'activité totale des glandes pancréatiques et pepsiques, et de la diastase
Digestion et Assimilation des viandes, féculents, corps gras.
GLANDES STOMACALES PEPSIQUES
Repose le Foie et le Pancréas
PILULES et ELIXIR très agréables
SUC PANCRÉATIQUE
Réveille le réflexe gustatif
Provoque l'activité digestive
1 ou 2 PILULES
ou un verre à liqueur après les repas
GÉRASOL
Gérasol Cimon
au BI-BORATE de MAGNÉSIE et LAVANDE
Pour tous lavage antiseptique et hygiénique, Pansements, etc.
Echantillons Gratuits sur demande.. 34 Boulevard de Clichy Paris
ABSORPTION CUTANÉE
La peau est un vaste filtre qui absorbe et dialyse
LA BRONCHODERMINE
respecte la voie stomacale
GAIACOL, HELENINE, TERPINOL, EUCALYPTOL, SÈVE DE PIN
RHUME-BRONCHITE
Coqueluche, Emphysème
Indiquée à tous les âges même dans la plus tendre enfance
ACTION RAPIDE — EMPLOI FACILE


G. H. WICKHAM
15, Rue de la Banque - Paris (2e)
LA SANGLE
EN MAINS CROISÉES
BREVET H.A.M.
AVEC OU SANS PELOTE
CORRIGE LES PTOSES LES PLUS ACCENTUÉES
WICKHAM
WICKHAM
WICKHAM
LA SANGLE
DU Dr CHARNAUX
BREVETÉE S. G. D. G.
EN CAOUTCHOUC PERFORÉ
LA PELOTE
DU Dr CHARNAUX
BREVETÉE S. G. D. G.
NE PRÉSENTE PAS L'INCONVÉNIENT DU GONFLAGE
PRESSION CONSTANTE ET DOUCE




LABORATOIRES MARTINET
NÉO-COLLARGOL
PILULES
OVULES
POMMADE
Une teneur en argent très élevée
Un produit toujours identique dans sa composition
LABORATOIRES H. MARTINET
16, rue du Petit-Musc, PARIS, IVe

velle d'un enfant de 3 ans 1/2, sans antécédents, à premières dents précoces, ayant marché à 13 mois, dont les parents ont noté les premiers troubles de la marche à 2 ans et 3 mois et les premières bosses craniennes un an plus tard. Au dernier examen, l'enfant présente une forte exophtalmie bilatérale, des déformations du pariétal gauche, des lacunes en carte de géographie étendues à la base du crâne et à l'orbite, avec selle turcique petite et déformée, des lésions du bassin et du fémur droit. Pas de diabète, pas de cholestérinémie, arrêt complet de la croissance.

Disons enfin que la maladie n'est pas toujours mortelle, qu'elle comporte des rémissions, même des cas de guérison, et que l'action locale de la radiothérapie est heureuse.

P. Grisel.

BULLETINS ET MÉMOIRES de la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE BUCAREST

L. Caffé et **C. C. Dimitriu.** ***Syndrome pseudo-lithiasique (kyste hydatique multiloculaire du foie); une erreur de diagnostic*** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest*, tome XIII, n° 5, Mai 1931). — Il s'agit d'une curieuse observation de kyste multiloculaire du foie ayant évolué pendant vingt ans, se manifestant par des crises douloureuses répétées, quelques-unes compliquées d'ictère et de phénomènes inflammatoires; entre les crises, l'état général était très bon. Tout faisait croire à une cholécystite calculeuse.

Le caractère subintrant des crises, le mauvais état général, l'augmentation de la leucocytose, firent décider l'intervention chirurgicale. A l'ouverture de l'abdomen, la vésicule biliaire ne présentait ni calcul, ni adhérences, l'exploration du cholédoque, des voies biliaires extra-hépatiques, ne montrèrent rien d'anormal. Par contre, le foie était volumineux, parsemé à la surface de 10 à 12 nodules blancs nacrés, d'aspect tumoral qui donnaient l'impression d'un cancer secondaire du foie en taches de bougie. Ne trouvant pas de cancer primitif sur l'estomac, l'intestin ou le pancréas, on pratiqua une biopsie de l'un des nodules hépatiques. La surprise ne fut pas peu grande de trouver un nodule kystique bourré d'hydatides filles et petites-filles transparentes. D'autres nodules étaient calcifiés et à contenu purulent, légèrement coloré en jaune par la bile, dans lequel nageaient des concrétions biliaires et calcaires.

Chaque poche, débridée largement et lavée au formol, on a drainé. Le malade a guéri en trente jours, sans présenter d'accidents d'intoxication hydatique.

C. et D. expliquent les phénomènes douloureux par la mobilisation d'hydatides dans les canaux biliaires.

Par son aspect pseudo-lithiasique, sa longue évolution, cette observation de kyste hydatique multiloculaire constitue un fait tout à fait exceptionnel.

Robert Clément.

THE GLASCOW MEDICAL JOURNAL

J. W. Symington. ***L'état des capillaires dans certaines lésions pathologiques et dans les cas de mort subite*** (*The Glascow Medical Journal*, tome CXVI, n° 4, Octobre 1931). — Les recherches ont porté sur les cas de mort subite ou imprévue survenant dans les salles de l'Infirmerie Victoria et sur des sujets morts à leur arrivée à l'hôpital. Les constatations faites à l'autopsie et les examens histologiques des capillaires ont donné des résultats concordants. La chute brusque de la pression sanguine est indiquée par la congestion capillaire marquée généralisée, mais prédominante dans les viscères surtout le foie, la rate et les reins. L'action musculaire du cœur et le tonus artériel étaient bons, la chute de pression fut produite par l'accumulation du sang dans les capillaires et les veinules dilatés. La distribution, la dimension et la forme des capilaires montrent qu'ils sont capables de contenir la totalité du sang circulant et ce sang retiré de la circulation est la cause primitive de la défaillance cardiaque et des centres vaso-moteurs.

Le rôle des capillaires serait donc plus actif que passif. Ils sont physiologiquement sous la dépendance de l'impulsion nerveuse et de stimulations chimiques. Dans ce dernier cas, intervient l'influence de la sécrétion surrénale et pituitaire et celles de certaines substances métaboliques lorsqu'elles sont libérées dans la circulation. L'administration de certaines substances pharmaco-dynamiques donne un résultat analogue.

Pour les réactions cutanées, un effet similaire est obtenu, que l'excitation soit nerveuse ou chimique; les deux aboutissent à la perte du tonus capillaire avec perméabilité excessive, œdème et extravasation sanguine consécutive.

Dans les chocs, les accidents sont analogues, que la cause soit physique, émotionnelle, toxique, anaphylactique ou pharmaco-dynamique. Ces différents agents produisent une chute soudaine de la pression sanguine qui ne se répare pas, car le mécanisme de compensation est défaillant.

On a pu se demander si dans les cas sévères de choc par la douleur, l'excitation seule du centre respiratoire peut provoquer le collapsus. De même, il est difficile d'affirmer qu'un choc soudain ne provoque pas un réflexe cardiaque paralytique, mais on a l'impression que l'atonie du système vasculaire est le facteur responsable du collapsus.

Robert Clément.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Varsovie)

S. Minc. ***La respiration de Cheyne-Stokes, de Biot et l'asthme cardiaque*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome X, n° 26, 28 Juin 1931). — M. se sert de la théorie de Wwedenski sur la parabiose pour interpréter de nombreuses manifestations observées au cours de l'angine de poitrine. La parabiose traduit l'état particulier de la substance nerveuse, qui, sous l'influence d'une substance narcotisante, passe par trois stades: état provisoire, état paradoxal, état d'arrêt. Pawlow a étendu la théorie de Wwedenski au système nerveux central.

L'interprétation donnée par Traube à la respiration du type Cheyne-Stokes ne peut résister à certaines critiques. M. trouve dans la parabiose l'explication de son mécanisme. Sous l'influence d'une action toxique (urémie) ou de l'insuffisance de l'irrigation cérébrale (artério-sclérose) les centres respiratoires se trouvent en état de parabiose dans sa phase paradoxale. En commençant l'interprétation par l'apnée, on peut supposer que le CO^2 s'accumule dans le sang, agit sur le centre respiratoire comme un puissant agent d'excitation et ne détermine cependant que des mouvements respiratoires insignifiants. A chaque expiration la quantité de CO^2 diminue et l'excitation devient plus forte. Progressivement la respiration s'amplifie et, quand CO^2 atteint son optimum dans le sang, la respiration atteint le maximum de son amplitude. L'apnée peut être interprétée de la façon suivante: l'arrêt respiratoire excite, par la voie du pneumogastrique, le centre respiratoire et détermine l'état d'arrêt. Lorsque cet état cesse, l'excitation n'agissant plus, la phase paradoxale commence et le centre respiratoire se met à réagir au CO^2 accumulé pendant ce temps dans le sang. La longueur de l'apnée dépend de l'intensité de l'état de parabiose.

D'après les expériences de Wwedenski et de Pawloff, dans l'état paradoxal de la parabiose une faible excitation provoque une forte réaction. Cette constatation explique l'amplitude exagérée des mouvements respiratoires du rythme de Cheyne-Stokes. D'autres phénomènes concomitants confirment que l'apnée est le résultat de la phase d'arrêt, c'est ainsi qu'on peut observer la suppression des réflexes cornéen, conjonctival, rotulien et achilléen. Le sommeil rend l'état de parabiose plus profond.

La respiration méningée de Biot est due au fait que, ici, dans l'état de parabiose, la phase d'arrêt est suivie par la phase provisoire où les excitations fortes et faibles ont le même effet.

L'observation de Mackenzie qui établit un rapprochement des accès d'asthme et de la respiration de Cheyne-Stokes fait supposer à M. que, dans l'angine de poitrine, le centre respiratoire se trouve dans un état voisin de la parabiose, que le sommeil souligne encore. La phase paradoxale explique ici les manifestations bruyantes de l'accès. De même que la parabiose explique le mécanisme essentiel de l'asthme cardiaque, de même elle peut expliquer toute la gamme des phénomènes qui accompagnent souvent les accès tels que la polyurie, l'augmentation de la tension, l'insuffisance du muscle cardiaque, la stase pulmonaire.

Wwedenski et Pawloff ont constaté que l'inhibition des centres est accompagnée d'excitation périphérique, c'est la période d'induction positive « spinal induction » des centres médullaires de Sherington. Ainsi l'état de parabiose du centre respiratoire induit vers la périphérie le processus d'induction. D'où l'excitation du centre du pneumogastrique peut déterminer une action inotrope négative sur le cœur dont la conséquence serait l'insuffisance du muscle cardiaque, d'où aussi la stase pulmonaire. Le même phénomène d'induction permet d'expliquer l'hypertension par action sur le centre vaso-moteur, enfin, la polyurie, les sueurs froides, la sensation de striction de la gorge. De la même façon s'explique également l'action de la morphine et du nitrite d'amyle.

Fribourg-Blanc.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA (Copenhague)

G. H. Monrad-Krohn (Oslo). ***Expériences sur l'injection d'air par voie endolombaire dans les céphalées post-traumatiques*** [Compte rendu du Ve Congrès des Neurologistes Scandinaves] (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, tome VI, fasc. 2-3, 1931). — En 1927 Wilder Peufield publia des résultats satisfaisants concernant le traitement des céphalées durables post-traumatiques par l'injection sous-arachnoïdienne d'une certaine quantité d'air. M. K., ayant essayé la méthode sur 9 cas, note que dans 2 cas la guérison fut complète, dans 2 autres l'amélioration fut grande, dans 1 cas l'amélioration fut discrète. Trois cas enfin n'en tirèrent aucun bénéfice; dans le dernier, le malade se plaignit d'être plus mal après qu'avant. Peut-être la discordance des résultats obtenus par Peufield et par Monrad-Krohn tient-elle en ce fait que les malades de M. K., tous assurés, avaient un certain intérêt à prolonger leur indisposition. M. K. conseille d'injecter 100 cmc d'air par quantités répétées de 10 cmc, après avoir laissé couler une quantité équivalente ou même supérieure de liquide céphalo-rachidien. Le malade couché devra ensuite avoir la tête légèrement surélevée et devra veiller à changer fréquemment la position de celle-ci. Cette méthode est douloureuse et souvent accompagnée de vomissements, mais progressivement on voit survenir la guérison des céphalées en 2 à 4 jours. Quel est le principe de la méthode? Agit-elle en rompant des adhérences méningées? Cette dernière hypothèse est possible. M. K. conseille, malgré sa statistique, d'appliquer cette méthode dans les céphalées sévères et durables qui suivent les traumatismes craniens.

Raymond Garcin.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

M. Loeper. ***L'antisepsie pulmonaire*** (*Le Progrès Médical*, n° 41, 10 Octobre 1931). — En matière d'antisepsie pulmonaire, il est difficile d'établir un rapport entre la toxicité d'un produit vis-à-vis de l'organisme et celle vis-à-vis d'un microbe pathogène. L'estimation des doses reste approximative. Les seuls médicaments spécifiques sont les vaccins et les sérums. La plupart des antiseptiques utilisés n'ont que peu de spécificité.

On peut grouper les antiseptiques du poumon en quatre catégories: le groupe de la térébenthine, le groupe des eucalyptus, le groupe du goudron, le thym et les baumes.

La térébenthine n'est pas aussi inoffensive qu'on pourrait le supposer: elle est irritante en applications externes, par voie buccale et par voie sous-cutanée où elle provoque des abcès. La térébenthine cuite est mieux tolérée que l'essence par les voies digestives. La térébentine est quelque peu toxique; elle ralentit la respiration quand elle est prise à doses fortes. A dose forte, elle dessèche les muqueuses; à dose faible, elle les fait sécréter. La terpine et le terpinal sont des dérivés térébenthinés déshydratés qui ont une activité plus grande. Dans la même famille, l'essence de cèdre et l'essence de genévrier sont peu employées.

Dans le groupe des eucalyptus, on utilise l'essence d'eucalyptus ou eucalyptol dont l'action est nettement antiseptique, mais assez asséchante sur les bronches même à doses faibles. Dans le même groupe des myrtacées, on utilise surtout le niaouli dont on tire le goménol qui est peu toxique et moins irritant que l'eucalyptol, et d'action antiseptique et antithermique égale.

Le goudron de pin de Norvège et le goudron de hêtre sont moins employés actuellement. Le goudron est irritant pour l'estomac; il a une saveur brûlante, mais on peut l'introduire par friction de la peau. Il doit son activité à plusieurs carbures benzéniques, dont le plus important est la créosote. La faible solubilité de la créosote et son action irritante ont amené les chimistes à préparer des sels de la créosote. On utilise le carbonate de créosote, le phosphate, le phosphite, le tannate et le tannophosphate, tous aux mêmes doses en cachets, car ils sont irritants en potion. Le gaïacol constitue la plus grosse partie de la créosote. On utilise aussi le gaïacol synthétique et des sels de gaïacol, benzoate, carbonate, phosphate, phosphite et sulfonate.

Au groupe des baumes appartiennent le benjoin, le tolu, le thymol.

Toutes ces substances antiseptiques sont des dérivés des benzènes, ce sont des terpènes ou bien des camphres. Ils s'éliminent surtout par le rein et par les voies respiratoires, ce qui explique qu'ils sont utilisés dans l'antisepsie rénale comme dans l'antisepsie pulmonaire.

On les utilise par voie aérienne, fumigations, pulvérisations, inhalations, instillations trachéales ou par voies digestive, buccale ou rectale; la voie cutanée et la voie hypodermique sont aussi utilisées.

Robert Clément.

A Clerc, R. Soupault et **P.-M. Deschamps.** ***Considérations sur l'opération de Brauer (cardiolyse, thoracectomie précordiale) et ses indications au cours de la symphyse péricardique*** (*Le Progrès Médical*, n° 42, 17 Octobre 1931). — Les indications de la thoracectomie précordiale sont: la symphyse d'origine rhumatismale avec dilatation plus ou moins accentuée de toutes les cavités du cœur et très souvent atteinte valvulaire, ou bien l'existence d'une péricardite chronique sans endocardite suspecte de tuberculose. Lorsque la symphyse s'accompagne de développement d'une insuffisance myocardique invétérée ne cédant plus à aucune thérapeutique médicale, il est nécessaire de choisir le moment opportun et d'éviter, par une temporisation excessive, de se trouver en face d'une déchéance myocardique trop complète.

La technique est celle exposée dans la thèse de Merle d'Aubigné, avec anesthésie locale sous-périostée, qui paraît préférable aux autres méthodes d'anesthésie.

D'après des statistiques récentes, la mortalité des premières heures est peu considérable, 6,4 pour 100. La mort peut survenir dans les premières semaines après l'opération, ce qui porte le pourcentage à 10,8 pour 100; et un certain nombre de décès tardifs, dus à l'insuffisance cardiaque progressive ou à une infection intercurrente, portent la mortalité à 35,7 pour 100.

Deux complications spéciales doivent être soulignées, l'une est précoce et consiste dans l'ouverture de la plèvre par le chirurgien, accident grave, mais non nécessairement fatal; l'autre est tardive et correspond surtout à la régénération partielle de la paroi osseuse.

Les suites éloignées sont souvent satisfaisantes: l'amélioration des troubles circulatoires s'est montrée notable dans 57 pour 100. Chez ces sujets, la guérison se maintenait depuis plus d'un an dans les 3/4 des cas.

Les succès les plus durables concernent des adolescents sans lésions orificielles, bien qu'offrant, en plus d'une symphyse cardiaque présumée, les signes d'une médiastinite calleuse chronique ou subaiguë avec polysérite envahissant non seulement les plèvres, mais le péritoine et dont le foie volumineux et dur donne l'impression d'une périhépatite fibreuse. Chez eux, la tuberculose est vraisemblable, mais l'évolution néfaste n'est nullement la règle.

La thoracectomie apparaît dans ses suites immédiates comme une intervention beaucoup moins grave qu'on pourrait le supposer, mais elle combat le symptôme, et non la cause. L'intervention pour être vraiment favorable suppose un cœur capable, une fois libéré, de reprendre par ses propres moyens une contractilité suffisante. Ses indications demeurent limitées et doivent être posées avec une grande prudence.

Robert Clément.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

Mariano R. Castex (Buenos-Aires). ***L'insuffisance cardiaque dans l'hyperpiésie; l'« asystolie hypertensive »*** (*Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, tome II, n° 8, Août 1931). — Les hypertendus aboutissent à l'insuffisance myocardique après une phase d'hyperpiésie latente de durée variable caractérisée par l'hypertrophie concentrique du cœur. Contrairement à Gallavardin, C. estime que cette hypertrophie est pathologique et non compensatrice. Quand le myocarde fléchit, ce n'est pas parce qu'il ne peut plus s'agrandir assez rapidement, mais parce qu'à l'élément mécanique se joint toujours un facteur toxique. Cette phase de défaillance est caractérisée par l'hypertrophie excentrique du cœur. C. estime que l'insuffisance myocardique de l'hyperpiésie ne diffère en rien de celle des insuffisances cardiaques avec tension artérielle normale ou diminuée; elle n'a pas de caractères propres. La faillite du cœur peut être aiguë, subaiguë, lente ou chronique.

C. a spécialement étudié la tachycardie permanente de l'hyperpiésie, qui fut appelée, par Grasset, tachycardie paradoxale, c'est-à-dire non conforme aux lois de Marey. Elle traduit d'habitude l'insuffisance du ventricule gauche et représente tout au moins un signe prémonitoire de sa claudication, mais bien des hypertendus peuvent être tachycardiques bien qu'en état de compensation. On ne saurait admettre que de telles tachycardies soient d'origine thyroïdienne.

C. décrit les types principaux d'électro-cardiogrammes qu'il a observés dans de pareils cas. Il a trouvé un certain parallélisme entre le chiffre de la tension artérielle et la fréquence de la prépondérance ventriculaire gauche.

Le rythme de galop n'est pas l'apanage de l'hypertension artérielle, on peut le rencontrer avec une pression normale et même abaissée. Dans l'hyperpiésie, c'est un signe annonciateur de l'insuffisance du myocarde.

Quand le myocarde cède, l'hypertension systolique peut baisser progressivement jusqu'à la mort, en l'absence de traitement efficace. Dès le début de l'insuffisance myocardique, la pression diastolique s'élève constamment, d'où réduction de la pression différentielle, elle traduit l'augmentation des résistances périphériques et de la dilatation veineuse, constituant pour le cœur une nouvelle charge.

C. décrit ensuite l'asystolie dite hypertensive, ou stagnation hypertensive, stase hypertensive de Sahli.

Il a observé une hypertension rachidienne transitoire au cours d'un tel syndrome, ce qui vient en faveur de son hypothèse du déterminisme centromécanique de l'hyperpiésie qui apparaît au cours de l'hyposystolie et de l'asystolie.

C. est moins pessimiste que la plupart des auteurs en présence de ces états. On peut obtenir d'excellents résultats à l'aide de la digitale et de la saignée. Il ne faut pas redouter la digitale même en présence de lésions orificielles concomitantes. Il ne faut d'ailleurs ni négliger ni remettre au lendemain le traitement de l'infection causale lorsqu'elle peut être dépistée.

L. Rivet.

Carlos Bonorino Udaondo et **Guillermo P. Gonalons** (Buenos-Aires). ***L'action du thé maté sur la fonction gastrique*** (*Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, tome II, n° 8, Août 1931). — Dans leurs recherches, U. et G. ont enregistré au préalable la courbe de sécrétion déterminée par le repas d'Ewald-Boas, ou celui d'Ehrmann, en employant la méthode d'extraction fractionnée et en analysant le cycle sécrétoire complet. Le jour suivant, on donnait aux mêmes individus un déjeuner composé de trois thés maté et 60 gr. de pain, et on a établi la courbe de sécrétion. Ils étudièrent des sujets normaux et des sujets atteints d'affections digestives variées.

Le thé maté agit sur la sécrétion gastrique en augmentant considérablement ses valeurs acides, particulièrement l'acidité totale et l'acide chlorhydrique libre.

Dans certaines formes de sécrétions achlorhydriques, on provoque, par l'ingestion de thé maté, une augmentation appréciable de la chlorhydrie avec apparition d'HCl libre. Il est utile de retenir cette donnée susceptible d'application en pathologie gastrique dans les hypo et achlorhydries fonctionnelles, si fréquentes en clinique.

Le thé maté, donné en pleine période digestive, ne modifie pas d'une façon appréciable la courbe sécrétoire. Il ne paraît pas prolonger d'une manière évidente le cycle de la sécrétion.

Si grandes que soient les variations provoquées par le thé maté sur les valeurs acides de la sécrétion gastrique, les sujets ne subissent aucun trouble subjectif douloureux aux doses étudiées.

Dans une autre série de recherches, U. et G. ont, à l'aide de la méthode de Volhard-Charpentier, étudié l'action stimulante du thé maté vis-à-vis des sécrétions des chlorures par les glandes gastriques.

L'ingestion du maté provoque non seulement l'augmentation du tonus, mais encore la réduction des périodes rythmées des ondes contractiles, et aussi l'apparition des ondes de contraction très fréquentes qui, en se propageant à tout le tube intestinal, peuvent aller jusqu'à provoquer le relâchement du sphincter interne de l'anus. Ceci explique les effets du maté chez des sujets atteints de troubles gastro-intestinaux, par exemple chez des constipés.

L. Rivet.

Duarte Moreira (Rio-de-Janeiro). ***De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales*** (*Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, tome II, n° 8, Août 1931). — M. a étudié 145 malades mentaux, au point de vue de l'insuffisance hépatique, en dosant notamment la bilirubinémie et en pratiquant l'épreuve du rose Bengale.

Il a vu qu'il existe un parallélisme remarquable entre les troubles fonctionnels du foie et certaines perturbations mentales.

Les malades agités présentent une hyperbilirubinémie qui diminue considérablement avec l'amélioration de l'état psychique et somatique remarqué.

Dans la confusion mentale, dans le délire épisodique, dans la paralysie générale, la schizophrénie débutante, l'alcoolisme aigu, le nervosisme et dans la psychose maniaque dépressive, il existe toujours une légère insuffisance hépatique révélée par les méthodes d'exploration employées.

L. Rivet.

Geraldo V. de Azevedo (Sao-Paulo). ***L'opération de Kielland dans le traitement des prolapsus génitaux*** (*Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, tome II, n° 9, Septembre 1931). — Lorsque Wertheim fit connaître sa méthode d'interposition contre le prolapsus, inspirée de celle de Freund pour les fistules vésico-vaginales, Schauta employait déjà une même méthode, mais avec une technique différente qui fut préférée, se généralisa, d'où le nom donné à l'interposition, d'opération de Wertheim-Shauta. La priorité fut d'ailleurs réclamée depuis par Watkins, Dührssen, Westermark, Gootschalk. En 1911, Kielland, d'Oslo, pour remédier aux récidives dues à ce que l'opération primitive laissait le col dans la direction du vagin, inventa la décortication. la libération sous-muqueuse du col, qui lui permet de basculer comme le corps, mais en sens inverse de lui, et de venir dans son prolongement dans une direction différente de celle du vagin où il ne peut plus s'engager et amorcer ainsi la récidive.

La technique suivie par A. a été, avec quelques simplifications, celle de Kielland (Müller, *Gynécologie et Obstétrique*, t. XVI, 1927). Elle diminue le col et la portion intravaginale de l'utérus par des résections cunéiformes antérieure et postérieure et les libère ensuite largement en arrière et sur les côtés par une décortication sous-muqueuse; par l'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin, elle permet d'atteindre et de basculer en bas et en avant le fond de l'utérus, tandis que le col libéré remonte, refoulé du doigt. Les sutures solidarisent et fixent le fond de l'utérus à la paroi vaginale antérieure, elles rétrécissent le vagin après excision d'une bande de muqueuse vaginale antérieure et postérieure. La prolongation en pointe juxta-anale du lambeau excisé postérieur permet de terminer par une périnéorraphie. Kielland juge inutile la suture des releveurs, indiquée pour lui, seulement, en cas de rectocèle; A. fait au contraire la myorraphie dans tous les cas.

Cette opération de Wertheim-Schauta-Kielland a été employée à la clinique gynécologique du Dr Ayres Netto, depuis 1926, dans 17 cas, comprenant 9 prolapsus incomplets et 8 complets. La statistique est alourdie de 2 cas mortels, l'un par embolie au 14e jour, l'autre par toxémie consécutive à la suppuration du lit de l'interposition. Des 15 cas restants, dont les résultats immédiats ont été bons, le résultat éloigné n'est connu que cinq fois. De ces 5 cas, 3 seuls sont favorables, puisque l'un a été suivi de récidive partielle, et le second, sept mois après l'opération, de l'apparition d'une cystocèle, malgré la persistance de l'interposition.

P. Grisel.

MONTPELLIER MÉDICAL

A. Puech, P. Christol et **P. Monnier.** ***La polypeptidémie dans les néphrites avec azotémie, l'urémie toxique et l'anurie; résultats de 6 années d'expériences*** (*Montpellier Médical*, tome LIII, n° 21, 1er Novembre 1931). — Les néphrites azotémiques pures, sans accidents urémiques, provoquent un certain degré d'hyperpolypeptidémie à peu près parallèle à celui de l'azotémie.

Lorsque à l'insuffisance rénale s'ajoute l'insuffisance hépatique, celle-ci contribue à augmenter beaucoup la polypeptidémie. C'est dans les hépato-néphrites graves qu'on rencontre les polypeptidémies les plus élevées.

Dans l'anurie aiguë mortelle, l'hyperpolypeptidémie est progressivement et rapidement croissante.

Le dosage des polypeptides globulaires n'a pas grand intérêt, l'azote polypeptidique du sang total est proportionnel à la polypeptidémie plasmatique.

Au point de vue séméiologique, l'hyperpolypeptidémie contribue d'abord à exagérer les accidents de la rétention uréique (asthénie, anémie, phénomènes digestifs). Elle est ensuite plus particulièrement responsable des accidents nerveux graves qui vont de la somnolence au coma terminal et aussi de l'agitation, du délire, des soubresauts tendineux.

L'hyperpolypeptidémie a une valeur pronostique. Elle aura une valeur d'autant plus fâcheuse qu'elle est relativement plus haute par rapport à l'azotémie. Elle indique alors un gros trouble du métabolisme azoté qu'une amélioration de la fonction rénale peut ne pas faire disparaître. Un seul examen sanguin ne suffit pas, car il existe des crises d'hyperpolypeptidémie passagère; mais le maintien à un taux élevé des polypeptides plasmatiques doit faire craindre une terminaison rapidement fatale; son abaissement doit faire espérer une amélioration.

Les variations de la polypeptidémie sont indépendantes de celles de la réserve alcaline du plasma, de la créatininémie et de l'indoxylémie.

La polypeptidémie évolue en grande partie pour son propre compte; en cas de rétention azotée, elle paraît susceptible de renseigner sur le pronostic immédiat et s'oppose par là à la rétention de l'urée qui fixe le pronostic lointain et général des néphrites chroniques.

Robert Clément.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION (Paris)

Maurice Villaret et **Jean Camus.** ***Les troubles sensitifs du membre supérieur droit ou d'un de ses segments, signe d'alarme de processus pathologiques hépato-biliaires latents*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la nutrition*, tome XXI, n° 9, Novembre 1931). — Dans ce travail, qui comporte la relation de 4 observations personnelles, V. et C. étudient des troubles sensitifs du membre supérieur droit, ou d'un de ses segments périphériques parfois très limité, allant des paresthésies à la névralgie, du simple fourmillement à la douleur violente, et reconnaissant pour cause un mauvais fonctionnement ou une maladie du foie ou des voies biliaires latente ou méconnue. Ces troubles méritent de constituer, entre autres manifestations, un des petits signes de la lithiase biliaire, un des symptômes d'alarme de diverses affections hépatiques, et doivent orienter l'examen clinique vers le foie. En permettant de dépister la cause véritable des accidents, ils imposent la thérapeutique logique de l'affection douloureuse: le clinicien pourra ainsi, dans de nombreux cas, prévenir, par un traitement approprié, d'autres troubles pathologiques, souvent plus importants et plus graves, de l'appareil hépato-biliaire.

Garofeanu. ***Etude de l'activité diastasique du suc pancréatique dans quelques maladies du foie et des voies biliaires, obtenu par la sécrétion provoquée par l'éther; valeur de la méthode de R. Goiffon et Fl. Nepveux pour la mesure de l'activité tryptique*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la nutrition*, tome XXI, n° 9, Novembre 1931). — La valeur fonctionnelle de la sécrétion externe du pancréas doit toujours être cherchée sur le suc de sécrétion provoquée après l'évacuation préalable de la bile. A l'aide de l'épreuve de Katsch, G. a toujours obtenu une sécrétion pancréatique plus ou moins abondante et le suc obtenu était plus ou moins riche en ferments suivant les cas. Malgré cela, cette épreuve présente aussi des inconvénients: elle a toujours donné à G. des réactions plus ou moins pénibles (nausées, salivation, rougeur de la face, tachycardie, quintes de toux), et, quelles que soient les précautions prises, il a été impossible de les éviter.

Au cours des maladies du foie et des voies biliaires, la sécrétion externe du pancréas présente dans certains cas des modifications importantes. La diminution de l'activité diastasique des enzymes dans le liquide duodénal concerne, soit la lipase, soit la trypsine, soit les deux à la fois.

Les modifications de la sécrétion externe du pancréas au cours des maladies du foie sont plus fréquentes qu'on n'est porté à le croire. Mais, pour les mettre en évidence, il faut employer la méthode directe (recherche de ferments dans le suc de sécrétion provoquée), qui est plus sensible que la méthode indirecte (examen histologique et chimique des selles avec bilan d'absorption intestinale). Pour la méthode directe, la technique doit être assez précise pour déceler ces petites insuffisances de sécrétion digestive, et à cet égard la technique de Goiffon et Nepveux a donné à G. pour la mesure de la trypsine les résultats les plus satisfaisants.

L. Rivet.

JOURNAL D'UROLOGIE (Paris)

I. Minalovici (Bucarest). ***Cystite chimique à la suite d'une pyélographie d'élimination par injection intraveineuse d'abrodil*** (*Journal d'Urologie*, tome XXXII, n° 3, Septembre 1931). — Un jeune homme de 24 ans reçoit une injection de 50 cmc de solution d'abrodil Bayer à 40 pour 100 dans les veines. Sa vessie est remplie avec 400 gr. de solution d'oxycyanure à 1 pour 4.000. Vingt-cinq minutes après l'injection intraveineuse, le patient est pris d'une violente envie d'uriner, et il se déchaîne ensuite un syndrome de cystite très douloureuse qui ne permet la cystoscopie qu'au bout de 7 jours de traitement local, pendant lesquels le malade rejette avec l'urine des lambeaux de muqueuse vésicale. La vessie,

dont la capacité est diminuée (150 gr.), présente des lésions de rougeur au niveau du trigone, de la face supérieure et de la face postérieure. Là, les lésions se disposent suivant deux triangles isocèles à base médiane, séparés l'un de l'autre par une zone de muqueuse normale; des lambeaux de muqueuses enroulées en débris de « flûte à glace » adhèrent encore au bord de ces triangles.

Une seule explication est possible: l'abrodil n'est pas si stable que le dit la « littérature » qui l'accompagne; il y a eu, au contact de l'oxycyanure dilué contenu dans la vessie, libération de l'iode qui a brûlé la muqueuse dans la zone balayée par les jets urétéraux.

M. conseille de ne jamais recourir qu'à l'eau pure pour distendre la vessie des malades dont on explore l'appareil urinaire au moyen de l'abrodil.

G. Wolfromm.

ARCHIVES DES MALADIES DES REINS et des ORGANES GENITO-URINAIRES (Paris)

J. de Meyer et **V. Jourdain** (Bruxelles). ***Observations expérimentales sur le non-parallélisme des débits d'urée et de phénol-sulfone-phtaléine*** (*Archives des Maladies des Reins et des Organes génito-urinaires*, tome VI, n° 2, 1931). — Les expériences relatées dans ce travail montrent: 1° Qu'il n'existe, dans de nombreux cas, aucun parallélisme entre l'élimination de l'urée et celle de la phénol-sulfone-phtaléine, que cette élimination d'urée soit appréciée: *a*) par le débit absolu; *b*) par le débit corrigé en fonction d'une azotémie type de 0 gr. 40; *c*) par la valeur de la constante uréo-sécrétoire.

2° Qu'il peut y avoir, dans un même système rénal et au même instant, *absence complète* de sécrétion de phénol-sulfone-phtaléine, alors que l'urée est excrétée en *quantité normale*. Inversement, on peut observer de *fortes rétentions d'urée* (jusque 1 gr. 40), coïncidant avec des *excrétions normales* de phénol-sulfone-phtaléine. Ceci serait en faveur de l'hypothèse que les différents groupes d'éléments constitutifs de l'urine sont sécrétés par des groupes différents de cellules sécrétrices, rénales.

3° Qu'il y aurait lieu de distinguer deux types de néphrites azotémiques; les *néphrites azotémiques intégrales* où tous les principaux groupes de substances excrétées seraient retenus parallèlement; les *néphrites azotémiques partielles* où prédominerait la rétention de l'un ou l'autre de ces groupes.

4° Que les facteurs étiologiques si divers des néphrites pourraient exercer chacun une action spécifique sur tel ou tel segment des tubes contournés, produisant ainsi les différents types de néphrite partielle.

G. Wolfromm.

A. Vancura (Prague). ***Altérations de la perméabilité des parois capillaires dans les maladies du cœur et des vaisseaux*** (*Archives des Maladies des Reins et des Organes génito-urinaires*, tome VI, n° 2, 1931). — Ce travail comprend deux parties.

Dans la première, l'auteur étudie d'une part la composition du liquide des cavités séreuses dans divers états pathologiques s'accompagnant d'épanchements dans ces cavités (hydrothorax par altérations circulatoires, ascite des cirrhoses hépatiques, épanchements néoplasiques, épanchements inflammatoires), d'autre part la composition du liquide d'œdème retiré par ponction du tissu cellulaire dans les œdèmes cardiaques et les œdèmes brightiques. Il compare la composition de ces liquides d'épanchement et d'œdème et celle du sérum et en tire des conclusions concernant les modifications de perméabilité des parois capillaires.

Dans la seconde partie de son travail, l'auteur provoque une irritation locale en utilisant l'action vésicante d'une suspension éthérée de cantharidine cristallisée Merck à 1/2 pour 100 additionnée de glycérine; il imbibe avec cette préparation du coton qu'il laisse sur la peau trois à huit heures sous imperméable. Vingt heures après, il ponctionne la vésicule qui s'est formée et en étudie le liquide; il opère ainsi sur des sujets témoins, sur des malades atteints d'affections cardio-vasculaires et sur des malades atteints de néphrite hydropigène ou de néphrite urémigène. Le liquide examiné est comparé au sérum sanguin.

Chez les cardiaques, pendant la décompensation avec œdèmes, il se fait une filtration abondante d'*eau salée* aux endroits irrités.

Chez les brightiques de type hydropigène, la prédisposition aux œdèmes est encore plus marquée. La vésicule ponctionnée contient de l'*eau salée* et une *quantité minime de protéines*.

Dans les néphrites azotémiques, par contre, le liquide de la vésicule est *très riche en protéines*. Il n'y a pas de tendance à faire des œdèmes, mais il existe une diminution de perméabilité des capillaires. Cette diminution n'est nullement liée à une hypertenson artérielle. Elle semble bien plutôt dépendre d'une altération toxique.

G. Wolfromm.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR DES VAISSEAUX ET DU SANG (Paris)

Ch. Achard, **A. Codounis** et **E. Hadjigeorges**. ***Recherches sur le mécanisme de la sédimentation globulaire; étude comparative de l'influence des éléments figurés du sang, des colloïdes, de certains cristalloïdes et de la réserve alcaline*** (*Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXIV, n° 11, Novembre 1931). — A., C. et H. ont pu étudier, chez les mêmes sujets et parallèlement à la sédimentation, l'influence du nombre des hématies et de leur teneur en hémoglobine, celle des globules blancs, l'action de la pression osmotique des protéines du sérum et celle du taux relatif de ces protéines (sérines et globulines), l'influence du fibrinogène, étant donné que la vitesse de sédimentation est avant tout une réaction plasmatique. En même temps, ils ont étudié l'équilibre lipidique, certains cristalloïdes, chlore plasmatique et azote total non protéiques (c'est-à-dire l'ensemble des déchets azotés), enfin, les variations de la réserve alcaline.

Ces recherches ont porté sur 2 sujets en bonne santé et sur 27 malades atteints d'affections diverses.

Il en ressort que les éléments auxquels on pourrait peut-être accorder une influence sur la sédimentation des hématies sont d'abord les différentes fractions des protéines plasmatiques et aussi les globules rouges et leur valeur en hémoglobine, ensuite le taux des déchets azotés et les modifications de l'équilibre acide-base. L'action de l'équilibre lipoïdique semble nulle et celle du chlore plasmatique très incertaine.

Le mécanisme de la sédimentation paraît très complexe et soumis à plusieurs forces, y compris la tension superficielle et la charge électrique, dont le rôle a été mis en évidence par Vlès, et qui agissent, indirectement, d'une façon mal connue et difficile à préciser en l'état actuel de nos connaissances.

Mais ce qui est vrai, malgré la complexité du phénomène, c'est que les modifications de la sédimentation, comme celles de l'équilibre protéinique, sont en certain rapport, dans les diverses affections, avec l'évolution des phénomènes morbides et l'atteinte de l'état général. Elles peuvent donc, dans une certaine mesure, fournir des indications sur l'évolution, le pronostic et le traitement de certaines maladies.

L. Rivet.

Paul Veil (Lyon). ***De l'influence de la ponction lombaire sur le rythme cardiaque; rythme cardiaque témoin des lésions nerveuses centrales*** (*Archives des Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*, tome XXIV, n° 11, Novembre 1931). — V. a étudié les modifications de l'électrocardiogramme au cours de la ponction lombaire. Il observa tantôt des modifications rythmiques considérables, tantôt au contraire le maintien du rythme normal sans aucune altération. Bientôt il s'aperçut que seuls avaient des modifications rythmiques au cours de la ponction les sujets atteints de lésions nerveuses centrales, tandis que demeurait indemne le rythme des sujets au système nerveux sain, alors même que des troubles toxiques comme l'urémie auraient pu retentir fonctionnellement sur leurs cellules nerveuses.

Si chez les nerveux organiques l'altération rythmique est constante, elle est par contre des plus variables d'un sujet à l'autre, même s'ils sont atteints d'affections identiques : ralentissement, flutter passager, altérations simples des complexes ventriculaires, parfois aussi des variations rythmiques comportant des phases d'accélération et de ralentissement.

Ces modifications du rythme s'observent à la ponction lombaire chez les sujets atteints de lésions centrales parallèlement à celles du liquide céphalo-rachidien; elles semblent même légèrement plus sensibles.

Chez un encéphalitique guéri, la ponction lombaire laissa l'électrocardiogramme absolument normal.

L. Rivet.

REVUE NEUROLOGIQUE (Paris)

Milian, Lhermitte, Schaeffer et **Horowitz**. ***La neuropticomyélite aiguë; observation anatomo-clinique*** (*Revue neurologique*, 38e année, tome II, n° 3, Septembre 1931). — Dans cet important mémoire, M., L., S. et H. rapportent et discutent une nouvelle observation anatomo-clinique de neuropticomyélite aiguë. Un homme de 37 ans, ancien spécifique, mais ayant à ce moment des réactions humorales négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, est atteint de parésie des membres inférieurs et de troubles de la vision qui s'installent parallèlement. A la période d'état, le malade présentait une paraplégie spasmodique avec troubles marqués des sphincters, anesthésie remontant jusqu'à D_{VI}, 150 éléments dans le liquide et 0 gr. 50 d'albumine, et une baisse de l'acuité visuelle avec papillite œdémateuse, accompagnée de scotome central pour les couleurs. Malgré le traitement spécifique énergique institué, la paraplégie s'aggrava progressivement, et le malade mourut six à sept semaines après le début avec des signes d'infection urinaire.

En dehors des lésions d'endartérite spécifique typique au niveau de l'hexagone, l'examen histologique montra des lésions du système nerveux très particulières intéressant la moelle et les nerfs optiques, effleurant le mésencéphale. Dans la moelle, la lésion se présente sous forme de plages de démyélinisation disséminées, accompagnées de réaction névroglique. Le nerf optique est le siège d'un processus dégénératif et inflammatoire à la fois.

Par l'examen des caractères cliniques et anatomiques du fait qu'ils ont observé, M., L., S. et H. pensent, sans pouvoir l'affirmer, qu'il se distingue des autres infections du névraxe susceptibles de déterminer à la fois des lésions de la moelle et du nerf optique, telles que la syphilis, l'encéphalite épidémique, l'encéphalite périaxile diffuse, la myélite nécrotique, l'encéphalo-myélite disséminée, la

sclérose multiple. Comparant leur observation personnelle aux observations antérieures de Guillain et ses élèves, M., L., H. et S. estiment donc que dans l'état actuel de nos connaissances, il est permis de considérer la neuromyélite optique comme une entité nosographique distincte des autres infections à virus neurotrope.

H. Schaeffer.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

Riser, Mériel et Planques. ***Les spasmes vasculaires en neurologie*** (*L'Encéphale*, tome XXVI, nos 7 et 8, Juillet-Août 1931). — Cette vaste question, pour avoir été longuement débattue au IIe Congrès d'oto-neuro-ophtalmologie en 1928, n'en est pas moins encore riche d'inconnues. R., M. et P. apportent d'abord des observations hautement démonstratives: telle l'histoire de ce malade, consignée de 5 en 5 minutes, chez qui se constitue en quelques heures un ramollissement de la sylvienne totale; puis les paralysies se dissocient aussi schématiquement qu'elles s'étaient superposées les unes aux autres. Seul un spasme artériel, oblitérant transitoirement la lumière d'un vaisseau frappé déjà d'artérite, peut expliquer de telles histoires cliniques, déjà remarquées par Foix.

R., M. et P. ont cherché à reproduire expérimentalement de tels spasmes, à l'aide de la technique du « milieu clos » de Riser et Sorel. Ils ont obtenu des spasmes très localisés par attouchement ou excitation électrique des vaisseaux. Au contraire, jamais l'adrénaline, l'éphédrine, à aucune dose, ni les solutions hypertoniques n'ont modifié sous leurs yeux le calibre des artères cérébrales. Les contractions de ces dernières seraient donc le fait non des nerfs vaso-moteurs, mais d'éléments nerveux autonomes, tout entiers inclus dans leurs parois.

G. d'Heucqueville.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

Scouras. ***Le suicide dans l'armée*** (*L'Hygiène mentale*, tome XXVI, n° 78, Juillet-Août 1931). — Elève de Fribourg-Blanc, S. dégage le « cachet spécial » qu'imprime le milieu militaire à la réaction suicide. Ce milieu, selon lui, ne suffirait pas à faire naître un projet de suicide dans un esprit bien équilibré. N'est-ce pas faire trop bon marché des résultats de l'école sociologique, rassemblés naguère encore par Halbwachs dans un imposant volume? Pour les sociologues, la vie militaire, impliquant sacrifice et célibat, serait responsable au contraire de nombreux suicides.

Se bornant au strict récit des faits qu'il put observer, S. distingue le suicide des débiles, des déséquilibrés, des encéphalitiques, des anxieux, simples « névropathes », de celui des aliénés. Les débiles fournissent le quart du contingent des suicides militaires. Assez débile était cette recrue, qui punie de quatre jours de consigne, courut, désemparée, se jeter dans la Seine! Et les déséquilibrés, encéphalitiques, obsédés, dont Scouras rapporte les observations détaillées, présentaient des antécédents qui auraient dû les faire éliminer lors de leur incorporation. Fribourg-Blanc a déjà réclamé cette élimination systématique. Elle devrait être instituée sans délai. C'est la conclusion qu'appelle le travail de son élève.

G. d'Heucqueville.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Paris)

G. Phélizot (Strasbourg). ***Le chlore, l'urée, la réserve alcaline dans les déshydratations du nourrisson. Déductions thérapeutiques*** (*Revue française de pédiatrie*, tome VII, n° 5, 1931). — Dans la plupart des cas, P. a étudié le chlore parallèlement dans le plasma et les globules du sang, dans le liquide céphalo-rachidien et dans les urines. De même P. a dosé l'urée dans le liquide céphalo-rachidien et dans les urines. La réserve alcaline a été évaluée sur le plasma. De plus, l'indice réfractométrique du plasma a été noté chaque fois, bien qu'il ne donne qu'une idée très imparfaite de l'hydrémie.

Le chlore a été déterminé par la méthode de Grabar; l'urée par celle d'Ambard et la réserve alcaline par la méthode de Van Slyke.

Chez le nourrisson normal, le chlore, l'urée et la réserve alcaline varient très peu en dehors des périodes digestives.

Dans les *troubles digestifs sans infection*, P. conclut des examens du sang:

1° Les vomissements appauvrissent l'organisme en chlore par perte de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. Il se produit une chloropénie plasmatique et tissulaire (occlusions intestinales hautes, sténoses pyloriques) qui s'accompagne d'une réserve alcaline élevée. L'azotémie par manque de sel se retrouve dans tous ces cas.

2° La chloropénie ne se produit que si les diarrhées et les vomissements sont très intenses. Quand elle existe, la réserve alcaline s'élève peu en raison de la perte d'alcalins par les selles.

3° Chez les prématurés, une dyspepsie même légère provoque une déchloruration assez prononcée.

Dans les *déshydratations expérimentales* (enfants alimentés avec une nourriture trop concentrée), il y a parallèlement rétention d'urée et de chlore et chute moyenne de la réserve alcaline. Les *déshydratations infectieuses sans troubles digestifs* marqués relèvent probablement du même mécanisme. Il y a dans ces cas une exagération passagère de l'élimination d'eau par voie extra-rénale et extra-digestive. Ces déshydratations, comme celles dues à l'apport insuffisant d'eau, présentent une chute légère de la réserve alcaline et une rétention d'urée et de chlore.

Les déshydratations avec rétention chlorée se caractérisent cliniquement, en dehors des signes de déshydratation, par une très grande agitation et de l'insomnie qui cessent par un apport suffisant d'eau à l'enfant.

Etudiant les *déshydratations des infections accompagnées de troubles digestifs*, P. a laissé systématiquement de côté celles du « choléra infantile » ou « intoxication alimentaire ».

Pour les autres formes, sur une vingtaine de cas P. n'a jamais trouvé de rétention chlorée.

Ces constatations expliquent peut-être les méfaits imputés aux injections de sérum dans certains cas de troubles digestifs du nourrisson. Aussi, au point de vue thérapeutique P. est d'avis d'éviter les injections salées dans les déshydratations des infections ou des troubles digestifs accompagnés d'infection. Si on emploie la diète hydrique simple, on n'y ajoutera pas de sérum salé ou de liquide de Ringer. Si on doit faire des injections de liquides sous-cutanés pour réhydrater l'enfant on emploiera de préférence les sérums glucosé ou bicarbonaté.

G. Schreiber.

Bor. Tassovatz. ***Les modifications cytologiques du liquide céphalo-rachidien conservé « in vitro ». Les erreurs qui en découlent*** (*Revue française de pédiatrie*, tome VII, n° 5, 1931). — Les deux facteurs de modification cytologique: formation de réticulum et cytolyse jouant un rôle indéniable, et cela surtout pour un liquide riche en polynucléaires; ils sont moins actifs pour un liquide à lympho- et mononucléaires, mais se retrouvent également dans la plupart des cas. Les deux agents modificateurs développent leur action d'une façon successive, toujours dans le même ordre d'apparition: le réticulum a une action précoce; la cytolyse agit tardivement.

Leur activité se montre progressivement croissante: *a*) pour le réticulum, elle débute dès son apparition — 1/2 heure ou 1 heure après — et va en augmentant jusqu'à un maximum correspondant à la 6e heure; *b*) la cytolyse ne débute qu'à la destruction complète des cellules.

Le réticulum et la cytolyse ont pareillement pour effet la disparition d'un certain nombre des cellules libres : le réticulum fait disparaître les cellules en les englobant dans ses mailles; la cytolyse produit leur disparition complète.

Leur action porte électivement sur l'élément polynucléaire qui disparaît en plus grand nombre et plus rapidement que les éléments mononucléés.

La conséquence en est double: 1° quantitative — diminution du nombre des cellules par millimètre cube; 2° qualitative — diminution du pourcentage des polynucléaires avec augmentation équivalente dans le pourcentage des lympho- et mononucléaires. En cas de méningite tuberculeuse, à formule mixte, avec prédominance en polynucléaires, il peut se produire, rien que sous l'action du réticulum, une inversion de la formule, laquelle devient à prédominance lymphocytaire.

Comme la cytologie du liquide céphalo-rachidien constitue actuellement le meilleur moyen d'étude des états d'inflammation méningée, on conçoit facilement combien il est important que cet examen soit pratiqué dans des conditions évitant toute erreur possible. De l'étude faite par T., il ressort clairement que, pour pouvoir établir le nombre exact et la formule cytologique vraie, il est indispensable de procéder à un examen cytologique sur liquide fraîchement recueilli. Pratiquement le liquide céphalo-rachidien doit être utilisé dans les cinq minutes qui suivent l'écoulement dans le tube.

G. Schreiber.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE
(Paris)

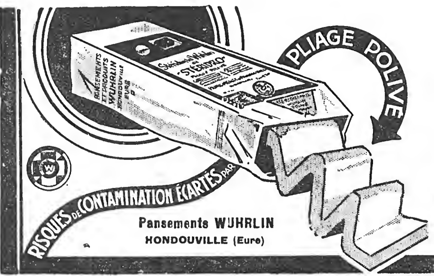
M. Van Duyse. ***L'hérédité dans les maladies oculaires*** (*Archives d'Ophtalmologie*, t. XLIX, n° 10, Octobre 1931). — V. D. rappelle d'abord les lois de Mendel et les résume en commentant quelques expériences. Il insiste sur leur valeur, affirmant qu'elles n'ont jamais été controuvées et examine dans quelle mesure elles s'appliquent chez l'homme. 2 cas sont à distinguer en ce qui concerne la transmission des maladies. Elles peuvent se transmettre dans un *type dominant* ou un *type récessif*. Dans le premier cas, il considère l'« hespéranopie », la cataracte, le glaucome, le syndrome de Van der Hoeve, etc. Les tableaux généalogiques sont encore rares et ne permettent pas des conclusions précises. Dans le cas de l'hespéranopie, le pourcentage d'hespéranopes ne concorde pas avec celui que les lois de l'hybridation font attendre, mais il faut tenir compte de causes d'erreur qui pourraient être assez grandes pour masquer la conformité réelle des lois de la transmission des maladies aux lois de l'hybridation. Dans le second cas, sont considérés l'albinisme, la dégénérescence pigmentaire, l'idiotie amaurotique familiale, l'hydrophtalmie, etc. Ces études mériteraient d'être poursuivies, la connaissance des lois de transmission des maladies serait de grande importance pour la prophylaxie.

A. Cantonnet.

ANNALES D'OCULISTIQUE
(Paris)

Edward Hartmann et **Gabriel Sourdille.** ***Un cas de maladie de Lindau à deux: angiome du cervelet chez la mère; maladie de von Hippel chez le fils*** (*Annales d'Oculistique*, tome CLXVIII, 11e liv., Novembre 1931. — Aux diverses affections qui atteignent simultanément l'œil et le névraxe s'ajoute la maladie de Lindau constituée par la concomitance d'un angiome cérébelleux


BEEF
(VIN de LAVOIX)
LAVOIX


PLIAGE POLIVÉ
RISQUES DE CONTAMINATION ÉCARTÉS PAR
Pansements WUHRLIN
HONDOUVILLE (Eure)

et d'une maladie de von Hippel (gliomatose ou angiomatose de la rétine), mais le cas que présentent H. et S. a pour particularité que le syndrome n'est pas réalisé sur un seul malade, mais que la mère présente la moitié du syndrome (tumeur du cervelet, hémangiome opéré avec succès) et le fils, l'autre moitié (maladie de von Hippel). Dans l'observation du fils, deux traumatismes sont invoqués. La maladie de von Hippel est typique avec traînées blanches considérables dans le fond d'œil. La mère a donné d'abord des signes de stase papillaire. Le grand-père serait mort de tumeur cérébrale avec cécité, un oncle et une tante d'affection mal déterminée du système nerveux. Ces remarques mettent en tout cas bien en évidence le caractère familial de l'affection. Celle-ci doit être recherchée plus souvent qu'on ne le fait d'habitude par examen systématique de la périphérie rétinienne. Le diagnostic ophtalmoscopique peut mettre sur la voie de celui de la tumeur qui est précisément une des plus curables par la neuro-chirurgie.

A. Cantonnet.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Chompret et **Dechaume**. ***Cellulites cervico-faciales d'origine bucco-dentaire*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIII, n° 11, Novembre 1931). — C. et D., s'appuyant sur leurs recherches personnelles et sur les travaux modernes, font une mise au point de la question des cellulites cervico-faciales d'origine dentaire et buccale. Après un rappel anatomique de la répartition du tissu cellulaire de la région cervico-faciale, de la topographie radiculo-dentaire, de la topographie ganglionnaire, ils montrent que l'effraction directe est le mode d'inoculation le plus habituel, la migration microbienne et la voie lymphatique étant plus rares. Ils étudient ensuite, en détail, les cellulites circonscrites, reprennent leur classification des accidents osseux en ostéo-périostite, ostéophlegmon et ostéopériostite diffusée. Ils expriment l'opinion que les abcès sous-périostés sont moins fréquents qu'on ne le pense et rendent la cellulite coupable d'engendrer des ostéites corticales. Les cellulites diffuses, notamment l'angine de Ludwig, les cellulites subaiguës et chroniques, les cellulites ligneuses sont ensuite envisagées dans cette étude très complète des cellulites cervico-faciales.

C. Ruppe.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

Giorgio Bianchi (Florence). ***L'équilibre acide-base chez les brûlés; contribution clinique et expérimentale*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, tome XXIX, fasc. 3, Juin 1931). — B. passe en revue toutes les conceptions pathogéniques proposées pour expliquer les accidents généraux chez les grands brûlés, et constate qu'aucune théorie ne donne entièrement satisfaction, les différents facteurs invoqués devant se combiner pour agir concurremment ou successivement. Il retient les recherches de divers auteurs sur l'équilibre acide-base chez les grands brûlés, et les résultats à peu près constants dans le sens d'une acidose; ce point particulier lui paraît mériter une étude approfondie, c'est pourquoi il a expérimenté dans ce sens sur dix lapins.

La première constatation intéressante est celle d'un abaissement notable de la réserve alcaline (qui, chez le lapin normal, oscille entre 45 et 60) apparaissant peu de temps (à partir d'une heure) après la brûlure et persistant environ 24 heures: il y a donc, à la suite des brûlures graves, un état d'acidose plus ou moins manifeste.

Quel en est le mécanisme?

Crile, Valdoni ont émis l'hypothèse d'une réaction acide du matériel résorbé au niveau de la brûlure, immobilisant les ions alcalins. Mais, au lieu de trouver la réaction de l'urine moins alcaline ou même acide, ce qui confirmerait cette manière de voir, B. a trouvé au contraire le *pH* (qui est normalement aux environs de 7) augmenté (jusqu'à 8,3) quand l'animal s'alimentait; de plus, il y a même eu dans certains cas une déviation en sens inverse du pH urinaire et de la réserve alcaline; quand la deuxième diminuait, le premier augmentait, et inversement. Il faudrait donc ajouter à la conception de Crile et de Valdoni la notion de lésions précoces de l'épithélium rénal, avec impuissance consécutive d'éliminer les produits acides. Ainsi s'établirait, aidé par l'état de choc où se trouve l'organisme, l'acidose constatée, aggravant les lésions viscérales, et cause importante sinon unique de la mort.

Les conclusions pratiques qui se dégagent de ces constatations sont en faveur de l'application locale de pansements bicarbonatés (solution à 2 pour 100) et de l'administration par voie intraveineuse de solutions alcalines isotoniques ou de la solution saline-gommeuse à 6 pour 100 de Roméo, isotonique et isovisqueuse, qui maintient plus longtemps le volume et la pression du sang à leur niveau normal.

André Guibal.

Pietro Sannazzari (Parme). ***Cysticercose ostéo-articulaire humaine*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, Bologne, tome XXIX, fasc. 3, Juin 1931). — Une femme de 56 ans souffre depuis trois ans, à la suite d'un traumatisme, du cou-de-pied droit; les douleurs et la tuméfaction aboutissent, au cours du dernier mois, à une impotence fonctionnelle à peu près complète. Cliniquement, les différents caractères observés sont en accord avec l'hypothèse d'une ostéo-arthrite tuberculeuse. Radiologiquement, la nature des lésions apparaît toute différente: réaction périostique, déformation des extrémités osseuses et irrégularité des surfaces articulaires, zones de décalcification en foyer au centre desquelles on distingue une petite ombre dense, puriforme et bien limitée; l'examen plus attentif du cliché puis l'exploration des divers segments des membres montrent, infiltrées dans les muscles, ces mêmes petites images, que l'on n'a pas de peine à identifier avec l'aspect radiologique classique edu *Cysticercus cellulosæ*. Une large biopsie permet de confirmer le diagnostic, et amène en outre une amélioration si nette que l'activité fonctionnelle à peu près normale est possible.

S. signale, comme très intéressante cette localisation ostéo-articulaire du cysticerque, qui doit être tout à fait exceptionnelle et ne paraît pas avoir été étudiée.

Il souligne l'impossibilité du diagnostic clinique, alors que la radiographie donne une image qui ne laisse pas place au doute.

Il fait remarquer le bon résultat obtenu grâce à une intervention économique, et serait disposé à préconiser, dans les cas semblables, des résections plus ou moins typiques, s'il ne fallait pas toujours avoir présente à l'esprit la crainte d'une généralisation: la localisation articulaire, en effet, est sans gravité et perd toute importance au regard d'une localisation éventuelle dans le cerveau.

Il précise enfin, avec de nombreux détails, les lésions histologiques constatées, consistant essentiellement dans la présence d'un tissu de granulation riche, abondant et développé, prenant, à ses diverses phases de développement, l'aspect d'un tissu de réaction; la réaction osseuse, témoignant d'un trouble du métabolisme local du calcium, ne diffère pas de ce qu'elle est dans les autres affections parasitaires, et dans l'échinococcose en particulier. Le type de réaction varie sans doute suivant le tissu (synovial, cartilagineux ou spongieux), suivant que le parasite est vivant ou mort, suivant l'activité fonctionnelle de l'articulation atteinte; dans le cas particulier, l'absence de cellules géantes et d'infiltration plasmacellulaire ou éosinophile notable est en rapport avec la mort de la plupart des parasites. Somme toute, ces lésions histologiques n'ont rien de nettement spécifique.

André Guibal.

Luigi Biancalana (Turin). ***Evolution, valeur biologique et thérapeutique des greffes osseuses autoplastiques utilisées dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires; recherches expérimentales, anatomo-pathologiques et cliniques*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, tome XXIX, fasc. 5, Juillet 1931). — La partie expérimentale des recherches de B. a porté: 1° sur l'étude du comportement du tissu osseux porteur de greffes autoplastiques chez des animaux sains et chez des animaux ayant subi une inoculation tuberculeuse de l'articulation étudiée; 2° sur l'étude du comportement du tissu osseux ayant reçu soit des greffons d'os de bœuf, soit des chevilles d'ivoire. La partie clinique repose sur l'étude histologique très intéressante d'une pièce d'autopsie (fémur d'un coxalgique décédé quelques mois après l'application d'une greffe), et sur l'étude radiologique et clinique de quatre autres tuberculeux ostéo-articulaires (trois genoux et un cou-de-pied) ayant également été traités par des greffes.

De cet ensemble de documents peuvent être dégagées des considérations intéressantes.

La tuberculose osseuse se présente avec une allure variable selon la résistance locale et générale. Une fois les lésions installées, les réactions normales de l'organisme et des tissus se montrent en général insuffisantes pour vaincre la maladie; les conditions ne sont pas davantage favorables à la réparation, qui exige les étapes suivantes: élimination, résorption ou calcification du matériel tuberculeux, avec hyperhémie et prolifération conjonctive.

Les moyens thérapeutiques qui favorisent ces deux dernières conditions ont prouvé leur efficacité. Un greffon osseux autoplastique introduit dans une épiphyse ou une métaphyse normale y détermine de la congestion, une intense prolifération conjonctive, une précipitation des sels de chaux et une néoformation osseuse, la néoformation se localisant au foyer greffé, la congestion s'étendant à un ample territoire osseux. A ces phénomènes, le greffon prend une part active par l'apport vital et calcaire qu'il réalise.

La durée du greffon, pendant laquelle ces phénomènes se poursuivent à son voisinage, dépend de ses dimensions, de la convenance de l'os qui le constitue et des conditions du terrain qui le reçoit. A noter que le greffon influe sur le cartilage de conjugaison, comme tendent à le prouver les altérations histologiques.

Le greffon introduit dans une épiphyse tuberculeuse n'est pas envahi par la tuberculose et semble ne devoir pas être accusé de la diffuser.

La radiographie démontre l'augmentation de densité calcaire des extrémités articulaires greffées. Lorsque le greffon a été placé dans un foyer osseux en voie de destruction, on peut suivre, au cours des mois suivants, sur les clichés, l'amélioration anatomique des lésions, que confirme la guérison clinique.

Le greffon trans-articulaire n'est pas par lui-même une cause d'ankylose, et quand les surfaces articulaires ne sont pas atteintes par le processus spécifique, l'arthrodèse reste temporaire et la reprise de la mobilité articulaire est parfaite.

Les indications et les modalités techniques du traitement découlent des processus provoqués par le greffon et de l'interprétation de l'entité des lésions spécifiques.

André Guibal.

Osvaldo Amorosi (Parme). ***La glycémie dans le choc traumatique et dans le choc anaphylactique*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, t. XXIX, fasc. 5, Juillet 1931). — A. se rallie à la conception qui

fait du choc traumatique une manifestation toxique provoquée par la désintégration cellulaire au niveau du foyer traumatisé. Et il tend à considérer que le mécanisme d'action de ces substances toxiques est celui de l'anaphylaxie, en d'autres termes que le choc traumatique serait en définitive un choc anaphylactique.

Ses expériences ont porté sur des chiens et sur des lapins. Chez les premiers, il a appliqué à la racine des membres inférieurs un lacet plat et l'a laissé en place de trois à quatre heures; puis, il a mesuré la glycémie 5, 15 et 20 minutes après l'ablation du lacet. Chez les seconds, il a sensibilisé l'organisme par trois injections sous-cutanées, à la région interne de la cuisse, de 1 cmc de sérum de cheval, faites à six jours de distance l'une de l'autre; l'injection déchaînante (1/2 cmc) a été faite dans la veine marginale de l'oreille huit jours après la dernière injection sensibilisante; le prélèvement de sang, pour mesure de la glycémie, a été fait 5, 15 et 30 minutes après l'apparition du choc anaphylactique. Dans les deux formes, le taux de la glycémie s'est montré augmenté proportionnellement à l'intensité du choc, le maximum étant atteint après 15 minutes; après quoi, commence une descente progressive.

Cette augmentation de la glycémie ne peut être interprétée qu'en admettant une rapide mobilisation des hydrates de carbone de la réserve du foie. Mais quel est le facteur déterminant de cette décharge du glycogène hépatique? Est-elle due à l'acidose constante dans ces états de choc? A l'excès de l'hormone chargée de la transformation du glycose, c'est-à-dire une hyperadrénalinémie? à une excitation du parasympathique par les substances toxiques?

L'acidose, toujours faible, ne peut pas être la seule cause efficiente, mais doit cependant jouer un rôle à côté de l'hyperadrénalinémie.

L'hypothèse de l'hyperadrénalinémie est intéressante; mais, admissible à la rigueur si l'hypotension du shock était consécutive à une phase d'hypertension (l'hyperadrénalinémie pouvant alors être suivie d'hypoadrénalinémie), l'est-elle encore quand on constate que l'hypotension est immédiate? Il faut admettre que l'action hypertensive de l'adrénaline est inhibée par l'acidose ou par les peptones, au point que peuvent coexister l'hyperadrénalinémie et l'hypotension artérielle.

L'excès d'adrénaline dans le sang serait dû non à une excitation transmise par le splanchnique, mais à une réaction des glandes surrénales cherchant jusqu'à l'épuisement à vaincre la chute de pression sanguine. L'hyperglycémie est d'autant plus élevée que les phénomènes de shock sont plus intenses, et se trouve en rapport avec la pénétration en plus grande abondance, dans la circulation, d'adrénaline, abondance motivée elle-même par l'abaissement plus marqué de la pression; le début de la descente du glycose correspondrait au début de l'épuisement des surrénales, qui ne peuvent plus mobiliser le glycogène du foie.

Mais, pense A., l'action des substances toxiques qui se forment dans le choc intervient aussi pour sa part dans la modification de la courbe glycémique; elles exciteraient non seulement les fibres parasympathiques vaso-dilatatrices, mais encore le parasympathique en général qui réaglrait par une augmentation du glycose dans le sang.

On peut ainsi conclure que dans le choc, traumatique ou anaphylactique, il y a une augmentation de la glycémie provoquée par l'action excitante des substances toxiques sur le parasympathique, et par l'hyperadrénalinémie.

André Guibal.

Renzo Pecco (Turin). ***Sur les ulcères gastro-duodénaux qui apparaissent à la suite de la dérivation de la bile. Observations expérimentales*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, t. XXX, fasc. I, Septembre 1931). — Les expériences de P. ont porté sur 14 chiens. Dans huit cas, il fait la dérivation de la bile par section du cholédoque entre deux ligatures et cholécystostomie, en ayant soin de maintenir par la suite la perméabilité de la fistule biliaire : trois fois, il y eut apparition d'ulcères gastro-duodénaux, aigus, subaigus ou chroniques (soit 26,6 pour 100). Dans un cas, après la dérivation biliaire, une deuxième intervention fut pratiquée pour dériver le suc pancréatique par isolement et abouchement externe d'un segment duodénal porteur de l'ampoule de Vater, puis duodéno-duodénostomie : un ulcère duodénal apparut et se perfora 18 jours après la 2e opération. Enfin, dans un autre cas, après dérivation antro-duodéno-pancréatico-biliaire selon la technique de Winkelbauer et Starlinger, un ulcère perforé fut constaté au 22e jour. Les ulcères constatés étaient, histologiquement, en tous points semblables à ceux que l'on observe en pathologie humaine; on nota en outre de minimes lésions de la paroi duodénale.

On ne peut nier que les ulcères apparus consécutivement aux expériences rapportées ne soient en rapport avec la déficience ou l'absence des sucs alcalins. Il faut retenir que le pourcentage de ces ulcères après simple dérivation biliaire (26,6 pour 100) est faible par rapport à celui obtenu après dérivation alcaline totale (100 pour 100). Mais même en admettant l'influence de la dérivation des sucs alcalins dans la genèse des ulcères expérimentaux, la pathogénie de l'ulcère en général ne se trouve pas très éclairée par ces expériences; car si beaucoup y voient une confirmation du rôle de l'hyperacidité (par manque de neutralisation alcaline), cela n'est pas absolument certain; ou tout au moins, il peut n'y avoir là qu'une cause favorisante à laquelle viendraient se joindre d'autres facteurs déterminants : traumatismes opératoires sur la paroi intestinale ou encore, dans les cas où l'estomac et le duodénum ont été absolument respectés, traumatisme alimentaire. Toujours est-il que la suppression ou la déficience des sécrétions alcalines a une valeur incontestable dans la reproduction expérimentale de l'ulcère.

André Guibal.

Bettazzi Gino (Turin). ***Sur le cancer du goudron chez l'homme*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, t. XXX, fasc. 1, Septembre 1931). — Après une large revue générale des travaux européens et américains sur le cancer du goudron chez l'homme, B. G. rappelle les recherches italiennes sur ce sujet. Lui-même s'est livré à une vaste enquête auprès de toutes les industries en contact avec le goudron (usines à gaz, distilleries du goudron et des sous-produits) complétée par une enquête auprès des compagnies d'assurances contre les accidents du travail; il en a rapporté trois observations pour l'une desquelles un examen histologique soigné a pu être fait.

Dans l'ensemble, le goudron paraît agir à la fois mécaniquement et chimiquement; il détermine l'apparition de lésions dont on ne peut pas dire qu'elles se développent inévitablement vers le cancer, mais qu'elles constituent un état favorable prédisposant, appelé « précancéreux ».

Les lésions initiales sont des lésions de dermatite papuleuse et pustuleuse avec vive irritation locale et fermeture mécanique des follicules ; à la suite survient une hyperkératose (verrues pouvant atteindre les dimensions de véritables cornes) accompagnée de télangiectasie; les couches épithéliales augmentent de hauteur. Dès ce moment, qui constitue l'état précancéreux, on peut dire que la malignité existe à l'état latent dans la tumeur, mais il y a encore possibilité de guérison spontanée; ou bien la transformation maligne se produira, souvent même si l'action du goudron sur l'épiderme a été supprimée par changement de profession.

La cancérisation se manifeste par une surélévation des tissus autour de la verrue, qui bientôt tombera, en découvrant une ulcération : l'aspect clinique est celui d'un cancroïde cutané; histologiquement, on reconnaît la rupture de la basale et l'évolution atypique des éléments cellulaires; chez l'homme comme chez la souris, le cancer du goudron est un épithélioma spino-cellulaire. L'évolution peut être très lente et purement locale, ou bien présenter, précocement ou tardivement, tous les caractères anatomo-cliniques de la malignité.

G. termine son étude par des considérations pratiques sur la prophylaxie possible du cancer du goudron : il faudrait écarter les ouvriers syphilitiques et tuberculeux et ceux présentant des lésions cutanées; imposer aux autres des mesures d'hygiène et des vêtements protecteurs; les faire travailler à l'abri soit de l'extrême chaleur, soit du grand froid; enfin, leur faire passer des visites périodiques destinées à dépister la dermatite, phase annonciatrice du cancer du goudron.

André Guibal.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

H. Claus. ***Sur 100 cas de septico-pyoémie consécutifs à des angines*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 35, 28 Août 1931). — C. estime que les cas de septico-pyoémie d'origine amygdalienne, dont il rapproche ceux d'origine dentaire, sont relativement fréquents et trop souvent méconnus, alors que le diagnostic précoce est indispensable pour permettre l'intervention immédiate, seule chance de salut.

L'angine primitive peut avoir été très légère, elle peut avoir été de très courte durée, et elle peut être plus ou moins ancienne, datant de 3 jours à 8 semaines. Ce commémoratif est capital chez un malade qui présente un syndrome infectieux grave, et doit faire rechercher la sensibilité au-dessous de l'angle de la mâchoire, symptôme qui ne fait jamais défaut. L'examen du sang révèle une forte leucocytose, avec déviation à gauche de la formule d'Arneth.

Dans les observations des autres auteurs (Américains, Rheye, Melchior et Martens), la lésion était le plus souvent une thrombose de la veine jugulaire. Dans celles de C., la thrombose affectait la veine faciale plus souvent que la veine jugulaire. L'étendue de la thrombose ne donne aucune indication pour le pronostic. C. cite un jeune garçon de 6 ans, chez lequel la thrombose s'étendait du tronc brachio-céphalique jusqu'à la base du crâne, et qui guérit. D'autres malades sont morts avec des thromboses très limitées. Il ne faut pas s'attendre à sentir à la palpation le cordon veineux thrombosé, et il ne faut pas compter sur ce symptôme pour le diagnostic.

L'oblitération n'affecte, d'ailleurs, dans certains cas, que les petites veines rétro-amygdaliennes, et il faut alors une technique d'autopsie spéciale (Eugen Fränkel; Joël, Christeller et Anders, Uffenorde, Burkhardt), avec examen histologique, pour mettre en évidence les lésions. Les 21 cas étudiés complètement montrent que l'infiltration leucocytaire a gagné, par la face profonde de l'amygdale, le pourtour des vaisseaux rétroamygdaliens, soit par les voies lymphatiques, soit par les interstices cellulaires, et qu'elle envahit la paroi de ces vaisseaux de dehors en dedans.

Le seul traitement est l'intervention aussi précoce que possible. L'incision doit aller de l'apophyse mastoïde à la clavicule, en suivant le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, dont il y a parfois avantage à sectionner les insertions claviculaires. La veine jugulaire doit être découverte et repérée juste au-dessus de la clavicule. S'il y a thrombose, qui indure la paroi et la fait ressembler à une carotide, on lie les vaisseaux au-dessous et au-dessus de la zone thrombosée. On examine ensuite, pour les traiter de la même manière, la veine jugulaire externe et la veine fa-

ciale antérieure. S'il y a phlegmon concomitant (ce qui est loin d'être la règle), il faut protéger le médiastin, dès le début de l'intervention, au moyen de compresses de gaze iodoformée engagées derrière la clavicule. La chaîne ganglionnaire, le long des vaisseaux, est toujours infiltrée. Si la veine faciale commune paraît seule thrombosée, il faut quand même lier en même temps la jugulaire. Si la veine faciale paraît libre, on peut se contenter de lier la veine faciale commune et la veine faciale antérieure. En général, C. extirpe les vaisseaux lésés. Il faut ensuite débrider et drainer largement toute la région, jusqu'à la loge amygdalienne; il vaut mieux s'abstenir de compléter l'opération par l'amygdalectomie, qui pourrait déterminer une communication fâcheuse entre la plaie cervicale opératoire et la cavité buccale.

Les pyoémies d'origine dentaire sont plus graves encore, peut-être, que les pyoémies d'origine amygdalienne. Sur les autopsies faites dans des cas de ce genre, il y a eu 4 morts par thrombose du sinus caverneux et méningite, alors que les 100 cas environ de pyoémies d'origine amygdalienne n'ont donné que 3 thromboses du sinus caverneux.

Les statistiques de C. lui donnent, dans les dernières séries de 10 cas, de 70 à 80 pour 100 de guérisons opératoires alors que, laissée à elle-même, la septico-pyoémie d'origine amygdalienne comporte une mortalité de 100 pour 100.

J. Mouzon.

R. Novoa Santos. ***L'hyperthermie neuro-psychogène*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 35, 28 Août 1931). — N.S. (Madrid) relate quelques observations très étranges de grandes hyperthermies, atteignant 43° et même 45°, qu'il aurait observées personnellement et indiscutablement, chez des femmes qui présentaient des crises hystériformes.

Chez la première de ces femmes, le thermomètre à mercure montait à 43° sans que la malade accusât autre chose qu'un vague malaise, et interrompît ses occupations. Le pouls, la respiration étaient normales. N. S. put constater journellement l'ascension de la colonne de mercure trois jours de suite; mais un thermomètre à alcool ne montrait qu'une température normale ou à peine augmentée. De plus, la colonne de mercure montait presque aussi haut si on plaçait le réservoir dans l'aisselle, enveloppé dans son étui de métal. Ces particularités extraordinaires amènent N. S. à penser qu'il s'agit d'un état physique spécial distinct de l'hyperthermie.

Dans les deux autres cas, l'hyperthermie pouvait être constatée aussi bien avec le thermomètre à alcool qu'avec le thermomètre à mercure. Elle se produisait au moment de crises douloureuses abdominales, qui présentaient les caractères de « crises hystériques ». Elle ne s'accompagnait, comme dans le premier cas, d'aucune altération du pouls ni de la température, et n'interrompait pas les occupations des sujettes. Enfin, elle cédait, en même temps que la douleur, à une injection de pantopon. Chez l'une des malades, la suggestion pendant l'hypnose interrompait les crises pendant plusieurs jours. Chez l'autre, les crises avaient été précédées d'une fébricule. Une fébricule du même ordre (37°4 de température axillaire) apparut chez une jeune fille à la suite d'un chagrin, et persista un an.

N. S. affirme, sans donner beaucoup de détails, que toute infection et que toute intoxication latentes faisaient défaut, et que l'ascension thermométrique a été constatée personnellement par lui. Il rapproche ses observations des hyperthermies nerveuses organiques bien connues, et des faits, relatés par certains auteurs, d'élévations de la température déterminées par l'hypnose (Eichelberg, Gessler et Hansen).

J. Mouzon.

A. Stocke. ***La prédisposition du cœur sportif à l'égard des affections cardiaques dues aux intoxications professionnelles*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVII, n° 35, 28 Août 1931). — Les troubles cardiaques fonctionnels (palpitations, dyspnée d'effort, points douloureux de la région précordiale, crises d'angoisse cardiaque nocturnes) ne sont pas rares, on le sait, au cours des intoxications oxycarbonées. Ils sont moins connus, mais S. les a cependant observés assez souvent, dans l'intoxication saturnine, indépendamment de toute sclérose rénale, de toute angine de poitrine et de toute anémie grave. Mais, en général, ces phénomènes disparaissent dès qu'ont disparu les autres signes d'intoxication.

Sur 2.000 intoxications saturnines suivies dans un service spécialisé de maladies professionnelles, S. n'a observé que 3 fois la persistance, prolongée plus de 6 mois, de ces troubles cardiaques. Il a constaté, en outre, cette même persistance, chez un 4e sujet, atteint d'intoxication oxycarbonée.

Il a recherché pourquoi ces 4 malades ont présenté ces troubles cardiaques persistants, auxquels aucune lésion ni aucune infection antérieures ne semblaient les prédisposer, et qui présentaient toutes les apparences de la plus grande vigueur et de la plus grande résistance physique.

Chez 2 d'entre eux, il mit en évidence l'existence d'une légère hyperthyroïdie, qui lui parut une explication suffisante.

Mais, chez les 2 autres, la seule particularité notée était un passé d'entraînement sportif, qui avait déterminé la dilatation habituelle du « cœur sportif ». L'élargissement de l'ombre cardiaque aux rayons X, en particulier du cœur droit, l'accentuation du deuxième bruit à la base, l'assourdissement du premier bruit à la base semblent les témoins d'un fléchissement myocardique. Ces deux malades étaient des nageurs très entraînés, l'un d'eux professionnel et champion. Ni l'un ni l'autre n'avaient jamais éprouvé de symptôme cardiaque pendant leurs efforts de natation, mais S. se demande si la résistance de leur cœur n'a pas été amoindrie par le sport. J. Mouzon.

Dezsœ Deutsch. ***L'histamine dans le traitement des affections rhumatismales*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 41, 9 Octobre 1931). — D. D. pense que l'influence thérapeutique exercée par certains agents physiques sur les algies dites rhumatismales, et principalement sur les myalgies, est due à la libération, sous leur influence, dans le tégument, de substances analogues à l'histamine, et susceptibles de provoquer, comme elle, une double vaso-dilatation: vaso-dilatation locale, directe, au point d'application, et vaso-dilatation indirecte, qui se produit à une certaine distance, par réflexe nerveux.

Il fut amené, ainsi, à essayer l'action locale de l'histamine elle-même. En injection intramusculaire, elle calme bien la douleur, mais ses effets sont de courte durée, car elle s'élimine trop rapidement. En injection intradermique, son action est plus durable, et elle paraît supérieure à tous les autres excitants cutanés, de même qu'à toutes les autres injections intradermiques.

L'injection intradermique d'histamine détermine rapidement une papule et du prurit; mais, si elle est faite au voisinage immédiat d'une articulation ou d'un muscle douloureux, l'algie profonde cesse à peu près en même temps, et les mouvements deviennent libres. Souvent, il se produit, peu après, une « réaction focale » dans d'autres articulations éloignées: sensation de chaleur et sédation des douleurs. Cependant, l'injection d'histamine, qu'elle soit intramusculaire ou même intradermique, provoque souvent quelques malaises, et, en particulier, des bouffées de chaleur.

Aussi D. D. donne-t-il la préférence à un autre mode d'introduction de l'histamine dans l'organisme: l'ionisation, qui permet une administration plus progressive, et une élimination plus lente. Le courant continu utilisé est de 1/3 de milliampère par centimètre carré, pendant une minute à une minute et demie. L'histamine est introduite par l'électrode positive. On constate, rapidement, une légère hyperémie, puis, en quelques minutes, une éruption urticarienne confluente, qui s'accompagne de sédation des douleurs musculaires profondes.

Cette méthode a été expérimentée chez 250 malades. Les résultats peuvent se résumer dans le tableau suivant:

Myalgies: 94 cas; insuccès, 5; résultats transitoires, 14; améliorations durables, 23; guérisons durables, 52.

Arrachements musculaires: 6 cas; amélioration durable, 1; guérisons durables, 5.

Sciatiques et pseudo-sciatiques: 21 cas; insuccès, 5; améliorations transitoires, 4; améliorations durables, 4; guérisons durables, 8.

Athralgies: 4 cas; amélioration durable, 1; guérison durable, 3.

Arthrites déformantes: 23 cas; insuccès, 3; résultats transitoires, 2; améliorations durables, 8; guérisons durables, 10.

Polyarthrite chronique: 16 cas; insuccès, 2; résultats transitoires, 14.

Algies périostiques: 10 cas; insuccès, 5; résultats transitoires, 5.

Méralgie paresthésique: 3 cas; 3 insuccès.

Comme on le voit, cette thérapeutique n'agit guère que dans les cas où l'on peut fixer, par la pression et par la mobilisation passive, le point précis de la douleur sur un muscle ou sur un ligament articulaire. Les algies d'origine nerveuse échappent à son influence. C'est ainsi qu'elle améliore les fausses sciatiques, d'origine musculaire, plutôt que les sciatiques vraies.

Les résultats durables n'ont quelquefois été obtenus qu'après une série de 4 à 20 séances d'ionisation. Mais il arrive aussi que le soulagement complet et définitif se produise dès la première séance, et cela même chez des malades qui ont épuisé déjà en vain, depuis de longues années, les thérapeutiques les plus variées. D. cite une malade qui, en une séance, a été débarrassée d'une myalgie de l'épaule qui la gênait depuis 20 ans.

Les soulagements transitoires duraient de quelques heures à quelques jours. Ils étaient souvent supérieurs à ceux que permettaient les autres méthodes de physiothérapie ou de protéinothérapie.

Kopits a expérimenté avec succès l'ionisation à l'histamine contre les contractures musculaires consécutives aux fractures ou aux arthrites chroniques. J. Mouzon.

H. Back et W. Redisch. ***La signification de la capillaroscopie pour l'étude clinique et pour le traitement de la pyorrhée alvéolaire*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 41, 9 Octobre 1931). — Quelle que soit la symptomatologie commune de tous les cas de pyorrhées alvéolaires (hyperémie totale ou en languettes des gencives, tendance aux hémorragies gingivales, rétractions gingivales, porosité et chute des dents, sécrétion purulente des recessus gingivaux), leur étiologie est certainement très diverse. B. et R. pensent avoir réussi à distinguer les variétés étiologiques grâce à l'examen capillaroscopique, qu'ils pratiquent à l'aide du microscope cornéen de Vogt.

Ils sont parvenus ainsi à cette conviction, que la lésion gingivale est la lésion primaire de toutes les paradentoses, et ils ont distingué 5 types d'images capillaroscopiques des vaisseaux gingivaux: 1° le type normal, avec des anses et un réseau réguliers; 2° le type endocrinien, qui s'observe généralement chez des sujets atteints d'affections des glandes sexuelles, et qui se distingue par l'irrégularité, par les flexuosités, par le



30, Rue Singer, PARIS (XVIe) — *Tél. : Auteuil 09-93*

IODALOSE GALBRUN

IODE PHYSIOLOGIQUE, SOLUBLE, ASSIMILABLE

Première Combinaison directe et entièrement stable de l'Iode avec la Peptone

Découverte en 1896 par E. GALBRUN, Docteur en Pharmacie

Remplace toujours Iode et Iodures sans Iodisme.

Vingt gouttes **IODALOSE** *agissent comme un gramme Iodure alcalin.*

Doses moyennes : Cinq à vingt gouttes pour les Enfants, dix à cinquante gouttes pour les Adultes.

Littérature et Échantillons : Laboratoire GALBRUN, 8-10, rue du Petit-Musc, PARIS

Ne pas confondre l'Iodalose, produit original, avec les nombreux similaires parus depuis notre communication au Congrès International de Médecine de Paris 1900.





groupement inégal des anses capillaires et par l'atrophie du réseau; 3° le type inflammatoire, dans lequel les capillaires sont élargis et pleins de sang, de même que le réseau; 4° le type carentiel, dans lequel anses et réseau capillaires ont perdu la netteté de leurs contours avec de nombreuses hémorragies (type scorbutique); 5° le type mixte, qui s'observe dans le diabète, et qui est une association du deuxième type et du troisième.

B. et R. ont pu prendre des photographies de ces divers types, mais les reproductions ne permettent pas d'en juger.

Ces distinctions seraient d'une grande importance pour la thérapeutique générale de la pyorrhée alvéolo-dentaire, qui n'exclut pas la nécessité des soins locaux. J. Mouzon.

R. Kienbœck. ***Anomalies familiales hétéromorphes d'ordre neuro-pathologique*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 42, 16 Octobre 1931). — Un homme de 34 ans accuse, depuis 14 ans, de la dépression nerveuse, une diminution des fonctions génésiques. Depuis 9 ans, son entourage remarque les altérations acromégaloïdes de la face et des mains, qui sont devenues évidentes. Depuis 6 ou 7 ans, il s'y joint des céphalées, sans trouble de la vue. En dehors des déformations acromégaliques des mains, des pieds et de la face, avec élargissement des sinus, on découvre, par l'examen radiographique, un élargissement considérable de la partie postérieure de la selle turcique.

Ce malade a 3 enfants; les deux premiers sont normaux, mais le troisième, âgé de 10 mois au moment du premier examen, présente une contracture intense, congénitale des deux coudes, des deux poignets et des articulations des doigts des deux mains; en outre, la radiographie montre une volumineuse hypertrophie du thymus.

Ces deux malades, examinés en 1909, ont été revus en 1931, soit 22 ans après. L'état du père ne s'est pas aggravé, et K. pense qu'il s'agit d'une petite tumeur bénigne de l'hypophyse. Le fils a grandi normalement, et ne présente aucune particularité notable en dehors de la diplégie brachiale. J. Mouzon.

Ellenbeck. ***La scarlatine des blessés et des brûlés, et son comportement à l'égard du phénomène d'extinction*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 42, 16 Octobre 1931). — La statistique d'E. s'étend à tous les cas observés à la clinique de Werner Schultz depuis 1919. Elle comprend 28 cas de scarlatine des blessés (1 cas pour 2.500 malades chirurgicaux) et 6 cas de scarlatine des brûlés.

Les 28 cas de scarlatine des blessés sont dus 9 fois à l'infection primitive de plaies compliquées de lymphangite et de lymphadénite, 8 fois à l'infection primitive de plaies opératoires (ouvertures d'abcès, de phlegmons et d'empyèmes, ouvertures d'abcès appendiculaires dans 4 observations, qui se sont terminées par la mort), 11 fois à l'infection secondaire de plaies opératoires. Chez un opéré de polype nasal, la même intervention se compliqua d'érysipèle et de scarlatine des blessés.

L'exanthème apparut de un à trois jours après l'infection. A une seule exception près, l'angine et le violent mal de gorge des scarlatines médicales fit toujours défaut; mais l'enanthème du palais et du voile précéda régulièrement l'exanthème. L'exanthème apparut généralement au pourtour de la blessure, et se généralisa ensuite rapidement. La desquamation fut généralement typique, la leucoytose importante, mais avec moins d'éosinophilie que dans la scarlatine ordinaire. Les complications ne furent pas plus fréquentes: quelques cas d'adénites cervicales, 2 cas d'otites moyennes, 3 cas de légère néphrite glomérulaire.

Le pronostic, bien entendu, était commandé par la gravité de l'affection chirurgicale.

Jamais on n'observa de récidive de scarlatine chez un sujet précédemment atteint de scarlatine des blessés. Jamais non plus on n'eut connaissance de cas de contagion.

Le phénomène d'extinction a pu être recherché sur 18 blessés; il a été positif dans 15 cas, négatif dans 3. Ces 3 derniers cas, que E. relate un peu plus longuement, ont cependant évolué, cliniquement, comme des scarlatines légitimes.

Dans les 6 cas de scarlatines des brûlés, qui affectaient surtout des enfants, l'exanthème a été généralement très fugace; il a été suivi de desquamation dans 3 observations. Le phénomène d'extinction a été positif dans un cas, négatif dans un cas, et douteux dans les deux autres.

Ces faits montrent que, du moins dans les observations où le phénomène d'extinction a pu être obtenu, l'exanthème est bien dû à la toxine du streptocoque de la scarlatine. J. Mouzon.

K. Doppler. ***La lésion du sympathique périvasculaire périphérique au moyen d'agents chimiques en applications locales (sympathicodiaphtérèse) et ses effets*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n°s 44 et 45, 30 Octobre et 6 Novembre 1931). — Cet important article résume l'expérience acquise par D. sur la « sympathicodiaphtérèse », qu'il a déjà employée plus de mille fois.

C'est en 1923 que, avec son maître le professeur H. Lorenz, de Vienne, il a eu, pour la première fois, l'idée de combattre, par un moyen chimique, l'action vaso-constrictive des filets sympathiques des artères gastriques; il espérait ainsi prévenir les récidives d'ulcères et les ulcères peptiques. Après de nombreux essais avec des alcools, des éthers, des acides organiques et inorganiques, il a adopté la solution aqueuse de phénol à 5 ou 7 pour 100, qui détruit les rameaux sympathiques vaso-constricteurs, mais qui n'est nullement nocive ni pour les vaisseaux ni pour les tissus voisins. Cette méthode est plus rapide, d'après D., moins grossière, plus radicale et moins dangereuse que la sympathicectomie de Leriche.

Elle permet de faire cesser les spasmes vasculaires de la claudication intermittente, de la gangrène diabétique, de la gangrène sénile et du syndrome de Raynaud; elle permet aussi de provoquer une hyperémie active de certains organes, en particulier des glandes endocrines, et de stimuler, par là, leurs fonctions.

Lorsqu'on a enduit et massé une artère et ses veines satellites avec la solution de phénol à 5 ou 7 pour 100, on voit d'abord l'artère se contracter et ses pulsations augmenter d'amplitude. Le fait est particulièrement net sur les artères périphériques. C'est seulement plus tard que le spasme vasculaire commence à se relâcher: d'abord, en 10 minutes environ, sur les veines, puis sur les artères. De 8 à 24 heures après l'opération, la dilatation des artères et des veines est complète, l'organe traité est devenu plus chaud et plus rose.

Presque en même temps, la vaso-dilatation atteint, par voie réflexe, le territoire symétrique, puis, avec une intensité un peu moindre, les territoires vasculaires les plus voisins, enfin le reste de l'organisme. Les glandes vasculaires sont affectées particulièrement, ce qui explique les effets « pluriglandulaires » de la sympathico-diaphtérèse, quel que soit le siège de l'artère intéressée.

Ces effets semblent durables, puisque les opérations les plus anciennes de D. datent de 4 à 6 ans, et que les succès obtenus se maintiennent.

Ils s'étendent jusqu'aux capillaires, et Redisch, élève de Biedl (de Prague), qui a étudié 21 des opérés, hommes ou femmes, de D., soumis à la sympathicectomie des vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens, a constaté, au cours des suites opératoires, chez la plupart d'entre eux, une amélioration des conditions circulatoires de l'anse capillaire à l'examen capillaroscopique. Cette particularité explique la disparition fréquente de la gingivite hémorragique ou de la pyorrhée alvéolo-dentaire, et aussi des hémorroïdes, à la suite de l'opération de D. Elle rend compte aussi de la sensation accusée par 90 à 95 pour 100 des opérés: une sensation de chaleur subjective, qui intéresse tout le corps, mais surtout la face, et qui apparaît de 12 à 48 heures après l'opération. Cette sensation permanente s'accompagne de bouffées de chaleur, dont la fréquence s'espace par la suite, et d'une résistance beaucoup plus grande au froid. Mais la résistance à la chaleur est souvent augmentée en même temps, à cause de la sudation plus facile. On peut rapprocher de ces phénomènes la disparition fréquente du prurit vulvaire ou anal, et même du prurigo généralisé.

Les glandes endocrines, sur lesquelles D. a surtout constaté l'action de la sympathicodiaphtérèse, sont les glandes sexuelles de l'homme et de la femme, le pancréas et la thyroïde. Tandis que les effets de l'opération, sur les territoires capillaires cutanés et muqueux, se manifestent en quelques heures, les phénomènes endocriniens n'apparaissent qu'après 3 ou 4 semaines, et ils ne se développent pleinement qu'en 7 à 12 mois, pour se maintenir ensuite pendant des années.

La sympathicodiaphtérèse des vaisseaux du testicule détermine, dans 85 à 90 pour 100 des cas, une croissance accélérée des cheveux, de la barbe, des ongles, un développement de type masculin des poils pubiens, une augmentation de volume des testicules (même de celui qui n'a pas été opéré) une stimulation des fonctions génitales. En même temps, il y a amélioration de l'état des gencives, augmentation de la force musculaire, du tour de poitrine, élévation du métabolisme basal, avec diminution de l'action dynamique spécifique des albumines; l'appétit, les fonctions psychiques sont améliorées. Même chez 5 eunuchoïdes, les effets de l'opération ont été très nets.

Si elle affecte les vaisseaux ovariens, la sympathicodiaphtérèse détermine, en 3 mois, une chute de cheveux, que suit une repousse plus dense et plus brillante, le développement des seins, la régularisation des menstrues, quelquefois leur apparition chez des aménorrhéiques, parfois aussi la grossesse. L'obésité localisée des hanches et des jambes est souvent réduite. Les gingivites, les migraines, la frilosité sont améliorées.

L'opération de D. a été faite plusieurs fois sur les vaisseaux pancréatiques. Elle détermine l'augmentation de l'appétit, qui correspond à une diminution du taux de la glycémie à jeun, et aussi de la cholestérinémie. D. relate deux cas de diabètes graves, de type pancréatique, chez des sujets de 27 et de 29 ans, qu'il a traités par cette méthode, et un autre, de diabète gras, qui a été opéré par Frisch. Les opérations ont été parfaitement tolérées, et semblent avoir donné des résultats encourageants. L'influence sur l'état général était, par ailleurs, à peu près la même qu'après sympathicodiaphtérèse des vaisseaux des organes génitaux. Cette influence générale peut d'ailleurs être également déterminée après sympathicodiaphtérèse des vaisseaux du méso-iléon, que D. a souvent pratiquée à l'occasion de l'appendicectomie.

D. a pratiqué la phénolisation d'artères thyroïdiennes à l'occasion de la thyroïdectomie ou d'interventions qui affectaient la région (diverticule de l'œsophage, dans une observation qu'il relate longuement). Il a observé, chez un homme de 61 ans, un effet remarquable de stimulation et de rajeunissement, accompagné d'hypoglycémie et d'hypocholestérinémie.

Les effets pluriglandulaires de l'opération s'observent même quand l'intervention a porté sur les vaisseaux périphériques, comme dans les cas de claudication intermittente ou de gangrènes. J. Mouzon.

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL
(Paris)

Desaux. ***L'allergie cutanée*** (*Bulletin médical*, 25 Juillet 1931). — Après avoir défini l'allergie, D. étudie la dermatose allergique, qui fait suite à l'introduction d'antigène dans la peau en état d'allergie; cette dermatose est avant tout congestive, œdémateuse ou caractérisée par la présence d'un infiltrat cellulaire; elle a en général une courte durée.

Les phénomènes d'allergie cutanée sont très nombreux; ils peuvent être causés par des microorganismes ou leurs toxines (champignons, syphilis, tuberculose strepto-staphylococcie); des *agents chimiques* peuvent, agissant sur une région circonscrite de la peau, sensibiliser tous les téguments et provoquer ainsi des lésions à distance.

Des laveuses, atteintes d'eczéma professionnel des mains, présentent à distance (face, paupières, cou, thorax) des lésions érythémateuses, survenant soudainement. Chez le nourrisson, l'eczéma artificiel de la région fessière, dû au contact des urines et des matières fécales, est souvent suivi d'eczéma de la face.

En conséquence, en présence d'une dermatose, penser toujours à l'allergie et rechercher les foyers infectieux d'où peut s'échapper l'antigène (corps microbiens, déchets microbiens ou mycéliens, toxines, etc.) qui agit à distance sur une peau sensibilisée et à distance détermine l'apparition de réactions tégumentaires allergiques inflammatoires.

Pour dépister l'état allergique cutané, on s'efforcera de rechercher la présence et les causes du choc hémoclasique; on recourra à la cuti-réaction et à l'épreuve de Prausnitz-Küstner.

On n'oubliera pas que l'allergie dermique existe souvent seule (cuti-réaction postive; épreuve de Prausnitz et Küstner négative), le sang circulant ne contenant pas d'anticorps.

D'autre part, le choc hémoclasique et par conséquent l'urticaire peuvent se produire en dehors de tout état allergique du derme (cuti-réaction négative cependant que l'ingestion ou l'injection sous-cutanée de la substance incriminée produit des désordres sanguins et l'urticaire).

Lorsque la réaction inflammatoire dermique allergique est un *infiltrat*, on devra recourir à la cuti-réaction et aux différentes réactions biologiques appropriées, variables avec chaque cas, et dont la positivité permet d'affirmer ou tout au moins de supposer la présence d'anticorps dans le sang.

R. Burnier.

René Mathieu et **E. Leroy.** ***Le traitement des anorexies de causes névropathiques chez le nourrisson*** (*Le Bulletin Médical*, t. XLV, n° 43, 24 Octobre 1931). — Le traitement des anorexies du premier âge est difficile et les résultats en sont inconstants et capricieux. La répulsion de certains enfants pour les aliments n'est pas le symptôme d'un trouble psychique; elle s'explique par des perturbations organiques de la nutrition; elle peut guérir par un régime convenablement choisi et même être évitée grâce à certaines précautions d'hygiène alimentaire.

Pour obtenir une amélioration de l'anorexie de cause nerveuse, il suffit parfois que la mère s'éloigne pendant les repas et que l'enfant soit confié à ce moment à une garde expérimentée; mais certaines anorexies se montrent très rebelles, si bien qu'on est obligé de gaver l'enfant à la sonde. Parfois, la guérison paraît être l'effet d'un hasard bienheureux ou d'un caprice de l'enfant.

Classiquement, cette anorexie est purement névropathique, il s'agirait d'une anorexie mentale. Mais, actuellement, on rattache plus volontiers cette inappétence à des accidents organiques évoluant sur un terrain prédisposé. Certaines anorexies s'accompagnent de spasmes douloureux du pharynx, d'autres sont provoquées par des carences alimentaires.

Ces dernières sont en général facilement curables, il suffit de modifier le régime et de veiller à ce qu'il contienne chaque jour une quantité suffisante de vitamines B., C. et D. D'autres sont rebelles et nécessitent des traitements variés.

A la Salpêtrière, le régime appliqué aux anorexiques consiste en purée de légumes, babeurre, mélangés en proportion variée suivant l'âge.

Les résultats de cette alimentation sont en général favorables, l'appétit augmente peu à peu en même temps que disparaissent les troubles gastro-intestinaux et que la croissance reprend.

En ville, le traitement est plus difficile, il faut souvent avoir recours à des hypnotiques tels que le gardénal. Quelquefois, une cuillerée à café de potion de Rivière avant chaque repas ou des inhalations d'oxygène agissent favorablement sur l'appétit. On peut utiliser aussi le chloral ou le bromure, lorsque le gardénal provoque de l'excitation. Le régime doit être aussi varié que possible et il faut user de patience et d'autorité.

Robert Clément.

E. Duroux. ***Le traitement du cancer par le plomb est-il en progrès ?*** (*Le Bulletin Médical*, t. XLV, n° 46, 14 Novembre 1931). — Expérimentalement, *in vitro*, les sels de plomb sont inhibiteurs sur les cultures de tissus cancéreux. *In vivo*, l'ionothérapie au plomb produit 8 fois sur 10 une régression du cancer de la souris. L'association au traitement plombique d'applications de radium ou de rayons X est encore plus efficace et permet d'obtenir la disparition de la tumeur chez la souris dans 37 pour 100 des cas.

Chez l'homme, les résultats sont inconstants, mais tout de même intéressants, surtout si l'on y associe la radiothérapie ou la curiethérapie. D. a institué le traitement plombique uniquement à des cancers inopérables, récidivés ou désespérés. Dès les premières injections, on note un relèvement de l'état général, un retour de l'appétit et du sommeil et même une amélioration de l'état anémique. Sur les tumeurs elles-mêmes, l'influence du traitement consiste surtout dans l'atténuation des phénomènes douloureux et des hémorragies. Le tissu cancéreux est rarement modifié. On constate parfois une rétraction de la tumeur et un ralentissement dans sa marche évolutive, mais dans aucun cas, l'arrêt définitif de la néoplasie n'a été observé. On a injecté 0 gr. 30 centigr. de plomb colloïdal en 15 jours. Le traitement est en général bien supporté; il y a parfois augmentation de la température et des phénomènes d'insuffisance hépatique. Bien que le plomb colloïdal ne soit que peu toxique, il faut considérer 0 gr. 80 comme une dose que l'on ne doit atteindre qu'exceptionnellement.

Le plomb a une affinité particulière pour les tissus jeunes, surtout ceux qui sont riches en phosphatides, en particulier en lécithines; ces substances se trouvent en quantité anormale dans le tissu néoplasique. Le traitement semble agir en déterminant une prolifération du tissu fibreux. Une fraction importante du plomb injecté se fixe sur le tissu néoplasique et on peut admettre que le plomb peut avoir un effet toxique direct sur la cellule cancéreuse.

Si le traitement du cancer par le plomb n'est pas en progrès, il ne doit pourtant pas être abandonné et il y a lieu de souhaiter que de nouvelles recherches sur cette métallothérapie soient entreprises pour doter la thérapeutique anti-cancéreuse d'un composé plombique peu toxique ayant une action plus pénétrante et plus curatrice.

Robert Clément.

LE CONCOURS MÉDICAL
(Paris)

P. Nobécourt. ***Obésité simple des filles à la période pubertaire*** (*Le Concours Médical*, tome LIII, n° 47, 22 Novembre 1931). — A propos de 4 observations de jeunes filles entre 12 et 14 ans atteintes d'obésité, N. passe en revue les caractéristiques de l'obésité simple, obésité pour laquelle l'examen clinique ne décèle aucun signe d'altération endocrinienne ou d'affection nerveuse.

L'obésité simple des filles à la période pubertaire est totale, elle envahit le visage, le cou, le tronc, les membres. Le développement des caractères sexuels secondaires est normal, le volume des seins est généralement exagéré. Leur taille est moyenne, leur poids beaucoup plus fort que celui des filles du même âge.

L'activité physique est souvent réduite. ces filles obèses marchent peu et ne jouent pas. L'activité intellectuelle est normale; elle présente les mêmes inégalités que chez les filles du même âge non obèses. Souvent l'appétit est fort, les troubles digestifs existent quelquefois, mais sont inconstants. La première menstruation survient à l'âge habituel, les règles sont tantôt normales, tantôt irrégulières, plus ou moins abondantes.

Les radiographies montrent une ossification normale pour l'âge des malades, la selle turcique n'est pas déformée. Le métabolisme basal est sensiblement normal; dans un cas, il était inférieur de 5,5 à la moyenne. Le quotient respiratoire est plutôt fort.

L'alimentation trop abondante, l'existence trop sédentaire sont souvent associées et jouent le rôle principal dans le déterminisme des ces obésités; mais ces facteurs exogènes ne sont pas les seuls. Il existe souvent un facteur héréditaire; les modalités de la nutrition interviennent parfois du fait de troubles hépatiques, pancréatiques, pulmonaires, d'une insuffisance des ferments ou d'altération des glandes lymphatiques; il y aurait un trouble du métabolisme des graisses.

Chez ces filles, il n'existe aucun trouble endocrinien, en particulier aucun trouble ovarien.

Le pronostic actuel ne présente pas de gravité; l'obésité peut être une cause de gêne dans l'activité physique, de moindre résistance vis-à-vis des infections. Le pronostic éloigné est difficile à préciser: assez souvent, l'obésité disparaît pendant la jeunesse ou après le mariage, du fait du changement de milieu et du genre de vie; toutefois la tendance à l'obésité demeure souvent.

Le traitement est basé sur le régime alimentaire et une hygiène générale bien réglée.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

Georges Patey. ***Le Nem-Système; son principe, son application à l'alimentation des nourrissons*** (*Archives de médecine des enfants*, tome XXXIV, n° 11, Novembre 1931). — Le Nem-Système a été créé par le professeur Pirquet, de la clinique infantile de Vienne. Sa particularité est le choix d'une unité nouvelle de mesure, le *Nem*, valeur nutritive d'un gramme de lait.

Classiquement, la ration alimentaire était fonction de l'âge, du poids, de la taille ou de la surface corporelle. Dans le système de Pirquet, la ration

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE

DE LA

CONSTIPATION

A BASE DE :

1° EXTRAIT TOTAL DES GLANDES DE L'INTESTIN qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.

2° EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ qui régularise la sécrétion de la bile.

3° AGAR-AGAR qui rehydrate le contenu intestinal.

4° FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS : action anti-microbienne et anti-toxique.

1 à 6 COMPRIMÉS AVANT CHAQUE REPAS

AUCUNE ACCOUTUMANCE

TAXOL

LABORATOIRES LOBICA

46, Avenue des Ternes, PARIS (17e)

G. CHENAL, Pharmacien

est fonction de la « hauteur assise » (Sitzhöhe) que l'on mesure chez le nourrisson couché du sommet du vertex à l'extrémité distale du pli fessier.

Sans entrer dans des détails incompatibles avec l'étendue d'une analyse, signalons que la hauteur assise a un rapport sensiblement constant avec le poids du corps et avec la surface absorbante intestinale. La ration *optimum* d'un individu — quel que soit son âge — correspond à un dégagement de 0,5 Nem par centimètre carré de surface intestinale.

Pirquet a calculé la ration alimentaire en fonction d'une donnée *invariable*, le carré de la hauteur assise, c'est-à-dire la surface intestinale. Ce chiffre représente le *maximum*. Ce maximum correspond à un Nem par centimètre carré. Il égale le carré de la hauteur assise ou Siqua. Cette mesure est trop élevée. On emploie en conséquence son dixième, le *decinem siqua*.

Le Nem-Système est employé couramment en Autriche, pour l'alimentation de l'adulte, surtout dans les collectivités, mais dans cet article, P. étudie surtout l'emploi de la méthode pour l'alimentation du nourrisson : alimentation au sein et alimentation artificielle.

La ration alimentaire nécessaire au nourrisson est fixée ainsi : Première semaine : croître de 1 à 4 dnsq, soit de 1 à 4 decinem-siqua = dixième du maximum. Deuxième semaine au troisième mois : 5 dnsq. Quatrième au sixième mois : 6 dnsq. Septième mois à quatorze ans : 7 dnsq.

La ration alimentaire découlera donc de la mesure de la hauteur assise dont le carré divisé par 10 donnera en Nems le Dnsq. Celui-ci sera multiplié par les coefficients ci-dessus.

Un des exemples les plus frappants de l'application du Nem-Système est son emploi chez les prématurés. Il est toujours préférable au début de les nourrir avec du lait de femme. On donnera la moitié de la valeur en Nems de l'alimentation totale sous forme de lait humain. Pour une courte période, il sera bon d'employer un aliment double *Duhu*. Par la suite, cependant, on devra employer un aliment moins sucré (*Sesquihu*). Il faut aussi être très circonspect au point de vue quantitatif. Dans la règle, on commence à un taux très faible : 3 dnsq (ce qui correspond au minimum) pour la première période.

Ce résumé succinct et très incomplet ne peut donner qu'une idée assez vague du maniement du Nem-Système. Je crois devoir signaler que P. a été incité à lui consacrer un article en raison « de la simplicité de son application pratique et des résultats souvent surprenants obtenus ».

G. Schreiber.

L. Exchaquet (de Lausanne). ***Infantilisme hépatique familial*** (*Archives de médecine des enfants*, tome XXXIV, n° 11, Novembre 1931.) — E. publie les observations de trois enfants d'une même famille, un garçon Louis et deux jumeaux Cyrille et Jeanne, tous les trois présentant un gros ventre avec hépatomégalie considérable et retard du développement physique.

Louis, l'aîné, âgé de 13 ans, a le poids et la taille d'un enfant de 9 à 10 ans, l'ossification d'un enfant de 11 ans ; il existe chez lui un retard de deux à trois ans. Les jumeaux ont un retard de trois ans au point de vue de la taille et du poids et un retard de un an et demi pour l'ossification. Il s'agit incontestablement d'infantilisme, sans rachitisme, sans insuffisance endocrinienne apparente. Le retard paraît dû à l'état du foie, de telle sorte qu'on est en droit de porter le diagnostic d'infantilisme hépatique.

Cette expression « d'infantilisme hépatique » a été employée la première fois en 1902 par Lereboullet qui montra la relation constante qui existe entre les troubles hépatiques se produisant chez un jeune sujet et sa croissance. Jusque-là, l'expression d'infantilisme hépatique ne s'était appliquée qu'à des cas de cirrhose hépatique survenant chez des sujets jeunes et entraînant un infantilisme secondaire.

Un trait commun aux trois enfants observés par E. est le degré frappant de l'hypoglycémie, qui était lors de leur arrivée de 0,56 pour Jeanne, 0,64 pour Cyrille et de 0,74 pour Louis. Il est curieux que ces enfants aient supporté sans aucun malaise, sans aucun signe d'imminence de coma une glycémie si basse : il est probable aussi que l'hypoglycémie remontant à la naissance ou en tout cas aux premiers mois de l'existence, l'organisme ait pu s'y adapter.

E. croit pouvoir affirmer que ces cas sont distincts de la maladie de Gaucher et de la maladie de Niemann-Pick, mais, dans ces dernières également, on note un caractère familial, l'apparition si précoce des symptômes qu'on peut parler d'affection congénitale et la présence d'une hépatomégalie.

G. Schreiber.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Faure-Beaulieu et **Brun**. ***Le tréponème dans les adénopathies satellites d'arthropathies tabétiques*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome II, n° 10, Octobre 1931). — Faure-Beaulieu avait déjà constaté chez 2 malades tabétiques, porteurs d'ostéo-arthropathies coxo-fémorales et d'adénopathies inguinales satellites, des lésions de vascularite spécifique dans des fragments de ganglions prélevés par biopsie, et en outre la présence de tréponèmes au voisinage des vaisseaux atteints.

F.-B. et B. rapportent un troisième cas analogue chez un homme de 61 ans atteint d'arthropathie tabétique du genou gauche avec nombreux ganglions durs dans la région inguinale gauche. La biopsie d'un ganglion montra une masse lymphoïde noyée dans un tissu scléreux dense avec envahissement vasculaire extrême. Les vaisseaux présentent les lésions typiques de l'artérite syphilitique. Le tréponème, difficile à trouver, fut cependant décelé à la périphérie du ganglion, en bordure des néo-capillaires.

Ces faits apportent un argument en faveur de la thèse syphilitique et non trophique des arthropathies du tabes.

R. Burnier.

SPITALUL
(Bucarest)

A. Dimalescu (Bucarest). ***Diabète insipide par lésions scléreuses spécifiques localisées dans la région sellaire et rétrosellaire; étude clinique*** (*Spitalul*, tome LI, n° 9, Septembre 1931). — Il s'agit d'un homme interné le 16 Avril 1931. Syphilis en 1913, qui n'a jamais été soignée. En 1923, le malade a commencé à présenter de la polydipsie et de la polyurie. Depuis deux ans, douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. A Pâques 1931, un étourdissement suivi d'hémiparésie gauche, puis ictus congestifs passagers, suivis de confusion mentale et d'agitation légère.

A l'examen, inégalité pupillaire, avec signe d'Argyll-Robertson. Fond de l'œil : atrophie post-névritique spécifique à droite ; papille un peu décolorée à gauche. Parésie faciale gauche. Légère ataxie des membres inférieurs ; marche normale. Signe de Romberg. Aucun phénomène parétique. Réflexes ostéotendineux abolis aux membres inférieurs, conservés aux membres supérieurs. Troubles sensitifs presque nuls. Polydipsie très accentuée : 8 à 10 litres par jour ; urines limpides, de densité 1.001 sans glycosurie. Pas de polyphagie. Troubles psychiques.

Radiographie : selle turcique ovale, à diamètre longitudinal allongé dans le sens postérieur. Apophyses clinoïdes antérieures normales, les postérieures émoussées. Sinus de la face agrandis. Dans la région rétro-sellaire, on voit nettement une zone d'aspect réticulaire très marqué du volume d'une noisette.

Comme traitement, on fit un traitement antisyphilitique, puis de la malariathérapie, des injections intramusculaires de lait et, enfin, des injections sous-cutanées de posthypophyse. Rien n'amena de modifications dans son état. Seule une injection d'hypophyse a fait tomber temporairement la polyurie et la polydipsie ; mais l'effet dura 24 heures.

En somme, syndrome de diabète insipide chez un vieux syphilitique tabétique par suite de lésion sclérogommeuse localisée à la région infundibulaire.

M. Guibé.

D. E. Paulian (Bucarest). ***Méningo-myélite consécutive à une pachyméningite dorsale supérieure (arachnoïdite); étude anatomo-clinique*** (*Spitalul*, tome LI, n° 9, Septembre 1931). — Il s'agit d'un homme de 43 ans entré pour impotence fonctionnelle des membres inférieurs, atrophie musculaire et escarres fessières.

Rien d'intéressant dans les antécédents : syphilis douteuse.

Le début des accidents date d'Août 1929, par des brûlures dans tout le membre supérieur droit et la région pectorale, puis dans le flanc droit, bientôt remplacées par des douleurs. Depuis le 24 Novembre, il existe une constriction douloureuse dans la région lombaire, puis de la pesanteur dans la marche qui l'obligèrent à entrer à l'hôpital de Cerna-Voda où pendant deux mois on lui fit un traitement antisyphilitique sans aucune amélioration.

Le 24 Février, à son entrée dans le service de P., c'est un malade profondément affaibli, amaigri, fortement asthénique. Rien d'anormal du côté de la tête, ni des membres supérieurs. Aux membres inférieurs, les mouvements actifs sont très réduits, presque nuls, mais il n'y a ni rigidité, ni contracture. Les réflexes rotuliens existent des deux côtés, avec même un réflexe contro-latéral ; les réflexes achilléens sont abolis des deux côtés ; pas de clonus, ni de trépidation épileptoïde ; tremblements fibrillaires dans les muscles de la face interne des cuisses. Signe de Babinski positif des deux côtés. De temps en temps se produisent dans les 2 membres des mouvements spontanés (rotation interne et circumduction). La marche est impossible. Escarres sacrées et talonnières. Pas de troubles des sphincters. Les réflexes cutanés (abdominaux et crémastériens) sont très diminués.

Il existe des troubles de la sensibilité pour tous les modes à partir du mamelon (anesthésie complète) ; abolition de la sensibilité profonde et du sens musculaire. Des radiographies n'ont montré aucune lésion rachidienne. Une injection de lipiodol montre au bout d'une heure un arrêt en forme de galette à la hauteur de D^1 avec petit diverticule descendant à l'extrémité droite ; au bout de 24 heures, un peu de lipiodol reste accroché sous forme de bulle à la hauteur de D^7 et D^8, le reste étant au fond du cul-de-sac ; même état au bout de dix jours.

Toutes les réactions biologiques furent trouvées négatives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Mort le 1er Avril. A l'autopsie, lésions tuberculeuses aux deux sommets. La moelle cervico-dorsale est prise dans une gangue fibreuse de pachyméningite adhésive, avec dilatation des vaisseaux et infiltration périvasculaire. On observe des lésions cellulaires rares et discrètes dans les cornes antérieures et la colonne de Clarke.

Il s'agit donc d'une méningo-myélite par pachyméningite dorsale supérieure dont la cause reste inconnue.

M. Guibé.

REVISTA MEDICA DE BARCELONA

J.-M. Colleimir. ***Contribution aux données embryologiques qui peuvent servir de base à la théorie intersexuelle*** (*Revista Medica de Barcelona*, Juillet 1931). — C. passe en revue les faits de déviations des caractères sexuels (à la ménopause, dans certaines affections), et les différentes formes d'hermaphrodisme. Il critique la théorie séduisante de la détermination originelle du sexe, dès le stade des gamètes, par un chromosome porteur du caractère sexuel. Il insiste sur le rôle des hormones, qu'on se représente difficilement sécrétées dès l'origine par ce chromosome. Il se propose d'éclairer la question en précisant les conditions embryologiques du développement des organes génitaux.

Il a pratiqué des coupes histologiques passant par les capsules surrénales et les testicules, chez le rat, le cobaye, le porc à différents stades du développement fœtal. On saisit sur ces coupes les transformations du mésonéphros, des canaux de Wolf et de Müller. C'est aux dépens de ces organes embryonnaires que sont formés les corps résiduaires : paradidyme, tubes aberrants, corps de Giraldès, organe de Rosenmuller, paraophore, témoins de l'hermaphrodisme fondamental. Il existe d'autres résidus extraordinaires, qui sont responsables de l'hermaphrodisme vrai. Krebbe les trouvant dans la ligne d'origine de la surrénale assigne à cette glande le rôle de favoriser l'apparition des caractères secondaires de l'autre sexe.

Les coupes de C. lui font mettre cette thèse en doute. Il admet l'existence d'hormones spécifiques de chaque sexe, naturelles, et d'hormones non spécifiques, élaborées sous l'influence d'un traumatisme, d'un processus néoplasique. Ces hormones uspécifiques peuvent devenir spécifiques dans certaines circonstances. Le sexe résulte d'un équilibre entre les formes hormonales, équilibre qui peut être rompu.

G. d'Heucqueville.

REVISTA DE CIRUGIA DE BARCELONA

E. Roviralta. ***Les nouvelles orientations pathogéniques autour du syndrome: « pâleur-hyperthermie »*** (*Revista de Cirugia de Barcelona*, tome 1, n° 4, Avril 1931). — C'est au Congrès de Montréal, en 1922, à la suite d'un rapport du professeur Ombrédanne, que ce syndrome acquit la personnalité clinique.

Traduit-il un réflexe traumatique, une défaillance aiguë du myocarde, ou un hyperfonctionnement de ce dernier, un trouble de l'innervation végétative, un trouble de la thermo-régulation ?

Voici la thérapeutique proposée par Ombrédanne: avant l'intervention: purge, digitale; pendant: anesthésie profonde, éviter les heurts, l'ingestion de sang; après: surveillance ininterrompue, adrénaline, ouabaïne, digitaline, si la tension artérielle s'abaisse à 8.

Expérimentalement, on a produit des syncopes par l'excitation du trijumeau, du facial, du sciatique, des culs-de-sac péritonéaux. Si l'on anesthésie le trijumeau, le facial, etc., ces syncopes réflexes ne sont plus possibles.

D'autre part Schiff, Gismondi et Zalewski ont établi que le réflexe oculo-cardiaque, nul à la naissance, était au contraire fort chez le jeune enfant. Celui-ci offrirait donc une vulnérabilité anaphylactique excessive, comme tous les vagotoniques. Il y aurait lieu, par conséquent, d'instituer chez lui, comme on le fait chez l'adulte, une double anesthésie, végétative d'abord, générale ensuite. La quinine, l'uréthane, la morphine, l'avertine ne perdraient d'ailleurs pas leurs indications.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE MEDICINA CIRUGIA Y ESPECIALIDADES

(Madrid)

P. Reimlinger et J. Bailly. ***La décadence du sérum antirabique*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, tome XXXIV, n° 534, 29 Août 1931). — C'est une tendance actuelle générale en médecine de négliger l'immunité passive que confèrent les sérums, pour rechercher au contraire celle qu'apportent les agents actifs: vaccins, trypaflavine (et autres chimiothérapies). Cependant, Vallée et Rinjard ont encore préparé en 1927, à l'Institut Pasteur de Paris, un nouveau sérum antirabique (virus-sérum).

R. et B. reprochent au sérum antirabique son prix de revient élevé, son emploi limité, son infidélité. Sa valeur dépend de l'animal qui l'a fourni, du virus employé. Le sérum antirabique devrait avoir non seulement un pouvoir rabicide élevé, mais aussi un fort pouvoir antigène. Or, ces deux conditions sont rarement réalisées ensemble. Très variables selon l'espèce animale, les meilleurs résultats ont été obtenus avec la chèvre. Ils ne sont pas suffisants, selon R. et B., pour réhabiliter la méthode.

G. d'Heucqueville.

A. C. Alvarez et L. de Vélasco. ***La capillaroscopie clinique chez les tuberculeux pulmonaires*** (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, tome XXXIV, n° 534, 29 Août 1931). — A. et V. apportent 30 examens capillaroscopiques de tuberculeux pulmonaires. Ils font remarquer que les « doigts hippocratiques », qui s'observent dans la tuberculose fibreuse, la bronchectasie, les scléroses pulmonaires, constituent la plus grossière manifestation des perturbations circulatoires périphériques. Ces déformations, les stries longitudinales et transversales, la cyanose, accompagnent chez 66 pour 100 des malades, d'après la statistique de Hanin, des tuberculoses actives, évolutives, de mauvais pronostic. Turban proposait comme pathogénie la diminution de la capacité vitale. Plus vraisemblable est l'action directe périphérique de toxines bacillaires, comparables à celles de l'érythromélalgie ou de la maladie de Weil: l'étiologie tuberculeuse de la maladie de Raynaud n'a-t-elle pas été défendue ?

Il faut, selon les auteurs, considérer comme points essentiels, dans le déterminisme des troubles capillaires: 1° que la tuberculose est une affection allergique; 2° que ses réactions vasculaires sont marquées, différentes aux stades successifs de l'évolution.

Dans 70 pour 100 des cas d'asymétrie entre les deux systèmes de capillaires digitaux droits et gauches, cette asymétrie indique l'hémithorax atteint.

A. et V. distinguent quatre aspects capillaroscopiques: 1° vaisseaux dilatés dans l'ensemble; 2° vaisseaux rétractés, « en forme de cathédrales »; 3° vaisseaux fins, tortueux; 4° vaisseaux linéaires.

Ils fondent sur ces distinctions les règles sémiologiques suivantes: 1° les formes exsudatives s'accompagnent d'images vasculaires nombreuses, dilatées, tortueuses (type 1 et 2); 2° dans les formes fibreuses, on voit, ou des images normales, ou des images vasculaires rétrécies (type 3 et 4); 3° quant aux formes fibro-caséeuses, elles peuvent donner tous les aspects capillaroscopiques.

Tels sont les renseignements qu'il faut demander à la capillaroscopie. Certains (Rondelli et Rabino) ont pensé qu'il existait une relation directe entre la morphologie des anses capillaires et la résistance de l'organisme à l'infection.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA

(Bologne)

C. Dessylla. ***Quelques considérations sur le diabète sucré infantile et particulièrement sur son traitement*** (*Archivio di Patologia e Clinica Medica*, tome XI, n° 1, Septembre 1931). — D. rapporte 3 cas de diabète infantile : deux appartenaient au diabète avec dénutrition et altérations graves du métabolisme azoté, variété la plus fréquente et la plus grave, le dernier au diabète avec hypotrophie staturale et pondérale proportionnée, d'évolution plus lente, compatible souvent avec un état général passable, mais aboutissant finalement à la mort par dénutrition azotée; chez cet enfant, un épisode tuberculeux a évolué d'une façon relativement bénigne sans retentir fâcheusement sur le diabète; la tuberculose de l'enfant, bien distincte de celle de l'adulte, n'a pas la même répercussion sur le diabète.

L'enfant diabétique doit recevoir une ration répondant aux besoins de sa croissance; les graisses, dont le rôle cétogène est peu à craindre, peuvent être données en quantité assez notable; les protéines doivent représenter 10 pour 100 des calories. L'insuline n'est active qu'en injections et la voie rectale est à abandonner. Le glukhorment agit sur la glycémie surtout en abaissant le seuil rénal du glucose; cependant, il semble permettre une meilleure utilisation des hydrates de carbone, tout en restant inférieur à l'insuline. Les extraits tonsillaires (amygdaline glycolytique) donnent des résultats nuls, ainsi que l'hépatothérapie (foie frais ou extraits); celle-ci n'augmente le poids du sujet qu'en lui permettant de fixer de l'eau.

Malgré l'insuline, le diabète du nourrisson n'a qu'exceptionnellement une évolution favorable; chez les sujets plus âgés, on peut obtenir une amélioration appréciable, mais sous réserve d'une surveillance constante qui nécessite la création de services spéciaux, analogues à celui de Priesel et Wagner à Vienne.

L. Rouquès.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA

(Florence)

G. Daddi. ***Sur la recherche de la bilirubine dans la peau des ictériques*** (*Rivista di Clinica Medica*, tome XXXII, n° 12, 30 Juin 1931). — S'inspirant des travaux de Brugsch, D. a recherché la bilirubine dans la peau des ictériques en leur injectant dans le derme quelques gouttes de son réactif (sel potassique ou sodique de l'iso-para-nitro-diazo-benzol). On voit apparaître, lorsque la réaction est positive, une tache circulaire d'une belle coloration rose identique à celle que donne *in vitro* le mélange de bilirubine et de réactif.

Négative chez les sujets normaux, la réaction est positive dans presque tous les cas d'ictère quelle que soit leur cause ou leur intensité; elle s'observe aussi dans les ecchymoses en voie de disparition. Contrairement à ce qu'a soutenu Brugsch, la coloration de la peau dans les ictères mécaniques est bien due à la bilirubine et non à la biliverdine; en effet, la réaction de D., qui n'a pas lieu avec la biliverdine, est positive dans les ictères mécaniques.

L. Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA

(Naples)

G. Macchioro. ***Expériences cliniques sur l'action thérapeutique du sucre associé à l'insuline dans l'insuffisance cardiaque*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 34, 24 Août 1931). — M. a

traité 16 malades en état d'insuffisance cardiaque par la méthode de Loeper: administration de 50 gr. de glucose le matin à jeun, puis, après quinze minutes, injection de 8 unités d'insuline; ce traitement a été poursuivi pendant dix jours. Presque tous les malades ont présenté, dès le deuxième ou le troisième jour, une amélioration subjective nette, sans modification appréciable des signes physiques, que M. attribue à l'action de l'insuline sur la nutrition générale, stimulant le pouvoir de défense de l'organisme. Dans la majorité des cas, la tension artérielle n'a guère varié; deux fois la maxima s'est élevée légèrement. La diurèse a presque toujours été augmentée, mais sans dépasser un litre et demi en vingt-quatre heures. Les modifications du pouls portent surtout sur la tachycardie et l'arythmie qui sont atténuées. Aucun malade n'a présenté de troubles imputables au traitement. Les résultats n'ont pas été durables et quelques jours après la fin de la cure, les malades se sont plaints des mêmes troubles qu'avant; dans deux cas d'insuffisance cardiaque chez des hyperthyroïdiens, les résultats ont été presque nuls.

L'effet de cette thérapeutique a donc été dans l'ensemble moins important que chez les malades traités par d'autres auteurs, peut-être en raison du caractère rebelle et grave de leur insuffisance cardiaque. Cependant, les malades ont été soulagés, si bien que M. pense que l'association sucre-insuline constitue peut-être un adjuvant utile des tonicardiaques; une expérimentation plus étendue devra confirmer l'impression première qui n'est pas défavorable.

L. Rouquès.

G. Cassano. ***Fièvre ondulante et diathèse hémorragique*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 37, 14 Septembre 1931). — Les manifestations hémorragiques sont relativement rares dans la fièvre ondulante; on a cependant signalé quelques cas de purpura hémorragique ou même de purpura fulminans, les uns très précoces, les autres tardifs; c'est à ce dernier groupe qu'appartiennent les deux observations de C., purpura simplex survenu respectivement cinq et treize mois après les premières manifestations de la maladie. Dans le premier cas, les temps de saignement et de coagulation étaient sensiblement normaux, le caillot peu rétractile, les plaquettes très diminuées (44.000), les signes du lacet et de Koch négatifs. Dans le second, les temps de saignement et de coagulation étaient prolongés, la rétraction faible, les plaquettes rares (25.000), le signe du lacet légèrement positif, le signe de Koch négatif; il s'est agi en somme d'un purpura thrombopénique hémophiloïde auquel s'est surajouté un ictère hémolytique secondaire traduit par la diminution de la résistance globulaire, l'augmentation du nombre des hématies granulo-filamenteuses, une réaction indirecte de Van den Bergh positive, mais sans hémolysines.

Le rôe essentiel semble attribuable aux plaquettes, mais la négativité du signe du lacet ou du signe de Koch ne permet pas d'exclure la participation d'une lésion vasculaire, car ces tests sont trop grossiers.

L. Rouquès.

V. de Bernardinis. ***Rapports de la tuberculose et du paludisme*** [***Rapport au XXXVIIe Congrès italien de Médecine interne***] (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 40, 5 Octobre 1931). — Il est depuis longtemps classique d'admettre l'existence d'un antagonisme relatif entre la tuberculose et le paludisme, celui-ci conférant à l'organisme un pouvoir de résistance plus grand vis-à-vis de l'infection tuberculeuse. L'étude des statistiques régionales a montré au contraire à B. que la tuberculose pouvait avoir, en pays palustre, une diffusion plus grande et une évolution plus grave que dans les autres pays; le paludisme, en appauvrissant la race, crée des conditions favorables au développement de la tuberculose. On peut, d'autre part, établir par des cutiréactions tuberculiniques en série que le paludisme provoque, comme la rougeole, un état d'hypoergie ou d'anergie. Enfin, sur 680 tuberculeux paludéens, il a été possible de trouver 135 fois un rapport de cause à effet indiscutable entre les deux affections, la malaria ayant eu un rôle révélateur.

B. estime donc que loin d'être des affections antagonistes, la tuberculose et le paludisme se comportent comme des maladies synergiques; il y a donc lieu d'abandonner les tentatives récentes de malariathérapie de la tuberculose.

L. Rouquès.

GIORNALE ITALIANO DI DERMATOLOGIA E SIFILOLOGIA (Milan)

Mazzanti. ***Vaccine accidentelle avec localisation exclusive à la muqueuse buccale*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, t. LXXII, fasc. 5, Octobre 1931). — M. rapporte à la Société italienne de Dermatologie le cas d'une femme de 45 ans, qui vint consulter pour une tuméfaction douloureuse de la langue, recouverte d'un enduit jaunâtre, épais, adhérent, avec quelques pustulettes; des lésions analogues existaient sur le voile du palais et l'amygdale droite. Ces lésions, qui ne ressemblaient ni à la diphtérie, ni à la stomatite ulcéro-membraneuse, ni à la syphilis, rappelaient les lésions vaccinales.

La malade déclara que 8 jours avant l'apparition des lésions, elle avait fait vacciner son enfant de 3 ans et qu'elle avait porté à la bouche les pansements recouvrant le bras de son fils.

L'inoculation des lésions buccales au bras de la malade donnèrent une forme de vaccine abortive. Mais l'inoculation à la cornée du lapin permit de reproduire une kératite vaccinale avec présence des corpuscules de Guarnieri.

Les cas de vaccine exclusivement limités à la muqueuse buccale sont rares. M. a pu recueillir 14 cas de vaccine linguale dans la littérature.

R. Burnier.

Cattaneo. ***Hémoglobinurie paroxystique « a frigore »*** (*Giorn. italiano di dermatologia e sifilologia*, tome LXXII, fasc. 5, Octobre 1931). — C. fait une étude très complète de la question, suivie d'une riche bibliographie.

La syphilis doit être considérée comme le facteur étiologique de l'hémoglobinurie paroxystique, même dans les cas où l'anamnèse fait défaut. Le traitement antisyphilitique est le seul moyen d'améliorer et parfois de guérir cette hémoglobinurie.

Le refroidissement joue un rôle dans la pathogénie de l'affection, en mettant en liberté dans le plasma sanguin des substances mal définies, qui provoquent un choc anaphylactique, avec une hémolyse intense.

Dans le sang, on trouve les hémolysines qui donnent la réaction caractéristique de Donath et Landsteiner, qu'on observe rarement chez les anciens syphilitiques et qui est négative dans les autres formes d'hémoglobinurie. Le sang présente aussi de l'hémoglobinémie, des altérations notables de la formule leucocytaire, une diminution des hématies et des variations du nombre des leucocytes.

Dans l'urine, on note une quantité plus ou moins considérable d'hémoglobine ou de ses dérivés. On trouve en outre de l'albumine avec des éléments pathologiques du rein; des traces d'albumine existent, même dans les formes larvées, sans signes cliniques ni même hémoglobinurie. L'urée augmente au cours de la crise, tandis que les chlorures diminuent.

R. Burnier.

Sechi. ***La perspiration insensible de la peau dans diverses dermatoses*** (*Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, tome LXXII, fasc. 5, Octobre 1931). — S. a étudié la perspiration cutanée dans 12 cas de psoriasis, 9 cas d'eczéma, 2 ichtyoses, 2 lupus tuberculeux, 2 lupus érythémateux, 2 zonas, 2 vitiligos, 3 cicatrices syphilitiques.

Il a constaté une augmentation de la perspiration dans le psoriasis, l'eczéma, le zona, le vitiligo, le lupus vulgaire et érythémateux et dans l'ichtyose. Cette augmentation est en rapport direct avec l'état de la maladie; il est vraisemblable que son déterminisme reconnaît une altération de l'état fonctionnel de la cellule, incapable de maintenir la quantité hydrique normale.

S. estime que les glandes sudoripares ne prennent pas part au mécanisme de la perspiration, qui dépend d'une altération fonctionnelle des diverses couches des cellules qui constituent la peau.

R. Burnier.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

C. Reitter et **Lœwenstein.** ***Rhumatisme articulaire aigu et bacillémie tuberculeuse*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 48, 22 Novembre 1931). — A leurs déjà nombreuses observations de bacillémie tuberculeuse décelée au cours du rhumatisme articulaire aigu par le procédé de culture de Löwenstein, R. et L. ajoutent un nouveau fait assez curieux.

Une femme de 32 ans aux antécédents suspects de bacillose mais sans aucun signe évolutif présente une crise de rhumatisme polyarticulaire aigu fébrile au sixième mois d'une grossesse.

Au cours de l'évolution fébrile le bacille tuberculeux peut être décelé à 2 reprises dans le sang, puis la guérison clinique survient et les hémocultures deviennent négatives.

Trois mois après, l'accouchement se produit sans incident, donnant naissance à un enfant d'apparence normale. Cependant l'hémoculture du sang du cordon est positive malgré l'apyrexie et l'absence de tous signes rhumatismaux. Dix jours après l'accouchement, la malade se plaint de quelques douleurs articulaires, sa température monte à 37°1 et l'hémoculture redevient transitoirement positive dans le sang. Ultérieurement la guérison clinique et bactériologique se produit rapidement et définitivement. L'enfant a présenté à 2 mois une réaction ganglionnaire modérée mais généralisée avec ombres hilaires accentuées à la radio. Sa cuti-réaction est négative. Les symptômes ont régressé et au 181e jour d'existence, il a quitté la clinique en bonne santé apparente.

L'importance de cette bacillémie sans manifestation tuberculeuse clinique et sa transmission à l'enfant par voie placento-ombilicale est soulignée par R. et L.

G. Dreyfus-Sée.

E. Urbach et **C. Wiethe.** ***Huiles éthérées à l'origine des affections allergiques de la peau et des muqueuses*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 48, 22 Novembre 1931). — On incrimine habituellement les protéines polliniques en tant qu'allergènes provocateurs des maladies anaphylactiques. Cependant, il est très possible que les huiles végétales et surtout les essences volatiles des fleurs soient en cause dans nombre de cas.

En particulier les huiles éthérées seraient fréquemment à incriminer. U. et W. désignent sous ce nom les produits odorants obtenus par distillation des plantes: leur composition est complexe et encore mal connue, comportant des dérivés du

terpène et des substances azotées, indol, scatol, etc. Ces substances seraient capables d'agir comme allergènes aussi bien au niveau de la peau que sur la muqueuse nasale ou buccale.

Dans 2 cas d'hypersensibilité vis-à-vis de la sauge, les recherches chimiques et biologiques ont pu démontrer que les sujets réagissaient aux divers tests cutanés et muqueux déterminés à l'aide des extraits de sauge solubles dans l'éther de pétrole et volatils. Ces extraits semblent pouvoir être identifiés avec les substances odorantes de l'huile de sauge.

Dans 5 cas d'idiosyncrasie à l'huile de citron, les malades réagissaient de façons différentes. Deux fois, il fut possible d'obtenir au moyen d'écorce de citron des manifestations cutanées nettes, les muqueuses étaient également hypersensibles, et une réaction focale au niveau de l'éruption cutanée fut déterminée par l'ingestion de la substance sensibilisatrice.

Dans certains cas de rhume des foins, le rôle des substances volatiles peut donc être plus important que celui des protéines polliniques.

G. Dreyfus-Sée.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

E. Coelho et **J. Rocheta** (Lisbonne). ***Le rôle de la thyroïde dans la pathogénie de la néphrose lipoïdique*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome LII, n° 40, 3 Octobre 1931). — Epstein, puis Eppinger, se basant sur l'effet thérapeutique des extraits thyroïdiens à l'égard des œdèmes et sur la diminution du métabolisme basal dans la néphrose lipoïdique, ont soutenu l'origine thyroïdienne de cette affection. Les travaux de Loeper et de ses collaborateurs sur la fonction protéocrasique de la thyroïde ont paru venir corroborer cette opinion.

Les recherches tant cliniques qu'expérimentales de C. et R. viennent plaider contre cette conception.

Expérimentalement, ils ont étudié chez le chien thyroïdectomisé, soumis ou non à l'administration de thyroxine, les variations des albumines sériques et de la chlorurémie ainsi que les altérations éventuelles des reins. Or, la comparaison des chiffres obtenus avant et après thyroïdectomie montre que les albumines totales et la sérine n'ont pas diminué. Le taux de chlorurémie chez les animaux privés de thyroïde ne varie que dans les limites normales. D'autre part, chez les chiens thyroïdectomisés et soumis à la thyroxine, on ne constate pas dans le taux des albumines totales ni dans le rapport sérine/globuline de changements significatifs comparables à ceux rencontrés dans la néphrose lipoïdique. Enfin l'analyse des urines ne décèle pas non plus de modifications analogues à celles de la néphrose lipoïdique et les reins ne présentent pas de lésions histologiques.

Du point de vue clinique, C. et R. chez 3 ou 4 des myxœdémateux qu'ils ont examinés ont constaté une diminution relativement faible de la sérine et une augmentation de la globuline, le taux des albumines totales et de la cholestérine du sérum restant normal. L'examen des urines n'a pas montré de corps biréfringents.

Parmi 8 basedowiens, la sérine était normale chez 4 d'entre eux, diminuée chez les autres; la globuline était normale dans 4 cas, élevée dans 3, diminuée dans 1; le taux des albumines totales était normal chez 6 malades, légèrement diminué chez les autres. La thyroïdectomie que subit l'un des patients ne modifia l'équilibre des protéines que d'une façon minime. Là encore, on ne rencontre aucun changement en sens inverse de ceux qu'on constate dans la néphrose lipoïdique.

Les légères modifications, parfois contradictoires, de l'équilibre des protéines trouvées dans les affections de la thyroïde, ne ressemblent en rien aux perturbations profondes de cet équilibre qui caractérisent la néphrose lipoïdique. D'autre part, on rencontre, dans plusieurs autres maladies non accompagnées d'œdème, des anomalies bien plus marquées de l'équilibre des protéines et même des lipoïdes, sans qu'on puisse les considérer comme la cause de la néphrose lipoïdique.

Par ailleurs, les 2 observations de néphrose lipoïdique relatées par C. et R. montrent que l'action de l'extrait thyroïdien dans cette maladie n'est aucunement fonction de la diminution du métabolisme basal et que cette dernière est en rapport avec l'étendue et l'importance des œdèmes et avec l'intensité du trouble du métabolisme de l'albumine. Chez le malade présentant de l'anasarque et de l'hydrothorax, le métabolisme basal était bien plus abaissé et la sérine était plus diminuée que chez celui qui n'avait que des œdèmes moins importants; chez le premier de ces malades, le traitement thyroïdien resta complètement inefficace à l'égard des œdèmes.

P.-L. Marie.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RONGENSTRAHLEN (Leipzig)

K. Kading. ***Particularités cliniques des ombres radiologiques à apparence de tumeurs du poumon*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röngenstrahlen*, Septembre 1931). — K. décrit de nombreux cas de tumeurs pulmonaires primitives et métastatiques. Pour les tumeurs primitives des poumons, il semble exister fréquemment une lymphopénie relative et également absolue. La sédimentation sanguine ne présente pas toujours des valeurs très grandes. Du côté de la tumeur on observe une pression sanguine plus faible que du côté sain. Une différenciation précise des tumeurs pulmonaires isolées à l'examen radiologique, à savoir cancer ou sarcome, n'est pas toujours possible. En outre, K. décrit toute une série d'altérations inflammatoires de variété broncho-pneumonique en présence d'une tuberculose pulmonaire, où d'après l'évolution clinique il ne s'est pas agi d'altérations tuberculeuses.

Il est nécessaire qu'il y ait une collaboration intime entre le clinicien et le radiologiste pour le diagnostic des ombres tumorales.

P. Porcher.

THE LANCET (Londres)

B. Naidu et **P. Mackie.** ***Sérothérapie de la peste*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5643, 24 Octobre 1931). — Tous les traitements de la peste se sont montrés peu efficaces aux Indes, car le bacille de Yersin y est particulièrement virulent. Le bactériophage s'est montré totalement impuissant, entre les mains d'Hérelle, à diminuer la mortalité formidable. Les sérums thérapeutiques usuels, tels que ceux de l'Institut Pasteur, et des laboratoires anglais ou allemands, ne diminuent la mortalité que dans de très faibles proportions, 5 à 10 pour 100 environ.

N. et M. ont entrepris à l'Institut Haffkine de Bombay la fabrication d'un sérum plus efficace. Pour cela, ils choisirent des hœufs ou des moutons, qui développent une immunité plus importante que le cheval, sous l'influence d'injections microbiennes progressives ; d'autre part, ils choisirent pour l'inoculation des races microbiennes particulièrement virulentes. Ils réussirent ainsi à préparer un sérum capable d'agglutiner au 1/250e le bacille d'Yersin, alors que les autres sérums thérapeutiques ne l'agglutinent pas du tout. Vis-à-vis de rats inoculés par le bacille, le sérum s'est montré capable d'abaisser à 20 pour 100 la mortalité, alors que celle-ci était de 100 pour 100 chez les témoins et de 58 pour 100 avec du sérum de l'Institut Pasteur. Enfin, essayé chez l'homme au cours d'une petite épidémie de peste, il abaissa de moitié la mortalité: 4 malades guérirent même, qui avaient une septicémie grave, toujours mortelle autrefois. Il ne semble donc pas douteux que l'efficacité de ce nouveau sérum soit très supérieure à celle des sérums utilisés jusqu'à ce jour. C'est là un important progrès dans la thérapeutique de cette terrible maladie.

R. Rivoire.

H. Macklin. ***L'élément asphyxique dans l'anesthésie par le mélange protoxyde d'azote-oxygène*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5643, 24 Octobre 1931). — Dans ce très intéressant article, M. étudie le mécanisme intime de l'action des anesthésiques. Pour lui, toutes les anesthésies sont dues à un arrêt des combustions internes, des oxydations. Cet arrêt de l'oxydation pouvant être dû au manque de glucose (coma hypoglycémique), au manque de glycogène (coma diabétique), au manque d'oxygène (coma de l'intoxication oxycarbonée ou de l'asphyxie), à une imperméabilisation de la membrane cellulaire par des toxiques (coma barbiturique, anesthésie générale par l'éther ou le chloroforme); l'arrêt de la circulation sanguine dans un membre détermine de la même façon une anesthésie localisée. Dans le cas du protoxyde d'azote, la toxicité très faible de l'anesthésique ne permet pas d'attribuer la perte de sensibilité à une action toxique sur les membranes cellulaires; il est probable que l'anesthésie est surtout liée à l'anémie, et qu'elle se rapproche de celle de l'intoxication par oxyde de carbone; c'est pour cela qu'un certain degré d'asphyxie est indispensable pour obtenir avec ce produit une anesthésie profonde. Il ne faut donc pas s'effrayer si la cyanose survient dans ces cas.

Un autre inconvénient de ce produit est de déterminer facilement de l'acapnée, parce que l'oxyde carbonique du sang diminue considérablement du fait de la diminution des oxydations et de la respiration d'oxygène sans CO^2. C'est pourquoi tout appareil d'anesthésie au protoxyde d'azote doit comporter un dispositif permettant de mélanger du CO^2 à l'oxygène dès qu'apparaissent des troubles du rythme respiratoire.

R. Rivoire.

C. Drummond. ***Note sur l'administration des vitamines D par voie sous-cutanée*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5643, 24 Octobre 1931). — D. a observé au cours d'études sur la vitamine D que cette substance est à peu près inactive lorsqu'elle est administrée par voie parentérale. Des doses 10 fois supérieures à la dose active par voie buccale, administrées par voie sous-cutanée à des rats rachitiques, ne modifièrent pas l'évolution de leur rachitisme.

Cette absorption nulle de la vitamine est due probablement à ce qu'elle est d'ordinaire en solution huileuse. Peut-être des solutions aqueuses ou des suspensions auraient-elles une action beaucoup plus forte.

R. Rivoire.

O. Theobald. ***L'albuminurie de la grossesse : une hypothèse mécanique*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5644, 31 Octobre 1931). — T. expose une théorie mécanique de l'origine de l'albuminurie gravidique. Pour lui, l'albumine des femmes enceintes est liée à une série de facteurs: la lordose, la diminution de la capacité thoracique, le poids de l'utérus. C'est la pression de la veine cave, comprimée entre la lordose lombaire et l'utérus gravide, qui détermine la congestion rénale et par suite l'albumine. Pour T., la constatation d'une albuminurie au cours de la grossesse n'a donc aucune signification fâcheuse, et ne présage pas l'apparition possible de l'éclampsie. C'est uniquement

l'élévation de la tension artérielle qui doit faire soupçonner cette complication : lorsqu'elle survient chez une femme albuminurique, il s'agirait simplement d'une coïncidence.

T. a fait quelques expériences pour essayer d'appuyer sa théorie mécanique. Le moins qu'on en puisse dire est qu'elles ne sont pas concluantes.

R. Rivoire.

M. Lyon, M. Dunlop et **C. Stewart.** ***Le traitement alcalin des néphrites*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5645, 7 Novembre 1931). — L., D. et S. préconisent depuis longtemps un régime donnant une réaction alcaline dans la néphrite chronique interstitielle. Ils publient aujourd'hui les résultats de ce traitement dans 17 nouveaux cas de néphrite. Les résultats furent bons dans l'ensemble. Dans les cas de néphrite avancée, il est nécessaire d'ajouter des alcalins au régime basique normal pour que l'urine devienne alcaline.

Ces résultats, si on les rapproche des travaux récents sur le rôle des acides dans le traitement de l'œdème, montrent que l'on n'a peut-être pas jusqu'à présent apporté assez d'attention aux modifications de l'équilibre acido-basique dans les néphrites, et à leur importance dans la symptomatologie et le traitement de cette affection.

R. Rivoire.

LA MEDICINA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

M. Acuna et **S. Bettinotti.** ***La voie intra-péritonéale pour l'injection de sérum glucosé*** (*La Medicina Argentina*, t. X, n° 110, Juillet 1931). — Depuis quatre ans, à la clinique pédiatrique de Buenos-Aires, A. et B. emploient la voie péritonéale pour l'injection de sérum, d'urotropine, pour la transfusion du sang.

Ils la recommandent spécialement pour la sérothérapie glucosée, dans les grands syndromes de déshydratation de l'enfant, par exemple dans les diarrhées profuses. Elle offre trois avantages d'importance: rapidité d'absorption, tolérance, possibilité de réinjections nombreuses.

Jamais A. et B. n'ont observé aucune réaction péritonéale, aucun état de choc, aucun syndrome infectieux ou toxique imputable à leur injection.

Ils ont pratiqué 81 autopsies de nourrissons ayant reçu du sérum intra-péritonéal, et décédés par la suite d'une affection nouvelle. Le péritoine de 80 d'entre eux n'avait pas conservé trace de l'injection. Un seul présentait un épanchement puriforme aseptique.

Leur technique est simple: on enfonce dans l'abdomen une aiguille de platine de 5 cm. de longueur, d'un millimètre d'épaisseur, à gauche, au point d'élection pour la ponction d'ascite. On introduit 200 cmc dans la séreuse, lentement, en trois ou quatre minutes. Les véritables cas de résurrection qu'A. et B. rapportent incitent à essayer leur méthode dans tous les services de pédiatrie.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE OFTALMOLOGIA
DE BUENOS AIRES

P. Satanowski et **S. Bettinotti.** ***Un cas d'amaurose optochinique guéri*** (*Archivos de Oftalmologia de Buenos Aires*, tome VI, n° 7, Juillet 1931). — L'on sait que certains auteurs recommandent les injections intra-pleurales d'optochine dans la pleurésie purulente à pneumocoques. Malheureusement, l'intoxication par l'optochine peut laisser une redoutable séquelle: l'amaurose définitive.

S. et B. rapportent l'observation d'une fillette de 2 ans, atteinte d'une pleurésie purulente d'évolution traînante, à la suite d'une broncho-pneumonie. Elle est traitée par l'optochine en lavages pleuraux, puis par l'intervention chirurgicale.

C'est 60 jours après le début des lavages qu'apparaît une mydriase insolite, puis une paralysie pupillaire complète. L'œil ne suit plus le doigt. La pupille apparaît pâle, atrophiée, à l'ophtalmoscope. Un traitement énergique à base d'acétylcholine et de strychnine fait disparaître en deux mois ces troubles, et la presque totalité des lésions du fond d'œil.

Les auteurs distinguent deux degrés dans l'atteinte oculaire par l'intoxication optochinique: 1° atteinte légère sans lésion apparente du fond d'œil; 2° atteinte grave avec ischémie, stase veineuse, extravasations rétiniennes.

L'amaurose serait la conséquence de l'ischémie, de la dégénérescence secondaire des éléments nobles, ou, selon Velhager, d'une action toxique élective sur ces éléments.

On a conseillé les traitements suivants: injections rétrobulbaires d'atropine; vasodilatateurs (iodure de sodium, nitrate de potassium); strychnine.

G. d'Heucqueville.

BOLETIN DEL INSTITUTO PSIQUIATRICO
DE LA FACULTAD DE ROSARIO

G. Bosch. ***La folie en Argentine*** (*Boletin del Instituto psiquiatrico de la Facultad de Rosario*, tome III, n° 8, Janvier-Février-Mars 1931). — B. expose l'état actuel de la question en Argentine. Comme dans les autres pays, Angleterre, Etats-Unis, Italie, l'aliénation mentale y est en progrès continu. Mais l'assistance des aliénés y est-elle organisée sur des bases scientifiques ? B. répond catégoriquement : « non ».

Chiffres officiels: en 1869, la République Argentine comptait 4.003 aliénés et 4.223 idiots. En 1930, 1.400 individus sont internés sur un nombre de 45 à 50.000 aliénés environ; ce dernier chiffre est donné par la Ligue Argentine d'Hygiène mentale, tout dernièrement constituée à l'exemple de la ligue française. 20 établissements, 10 publics et 10 privés, ont la charge de subvenir à leurs besoins.

B. retrace en quelques pages l'histoire de l'assistance aux aliénés depuis l'Antiquité jusqu'à Chiarugi et Pinel. L'Argentine peut s'enorgueillir des noms d'Ingenieros et de Ventura Bosch, fondateur du premier asile de la République.

Cependant bien des progrès sont encore à faire dans le traitement des maladies mentales. L'hospice de las Mercedes abrite 2.300 malades pour ses 1.000 places; un grand nombre couchent par terre; en outre, le personnel médical, insuffisant, est débordé. Les pouvoirs publics ont compris qu'une telle situation appelait des réformes; l'hôpital del Rosario satisfait les dernières exigences techniques.

On organise aussi actuellement des préventoria neuro-proto-bacillaires (Ciarla). Une ligue d'hygiène mentale fonctionne (Ciampi). Des services ouverts pour « petits mentaux » ont été fondés. L'Institut de prophylaxie municipal de Buenos-Aires comprend une section de psychiatrie.

B. émet pour conclure des vœux, qui ne sont pas propres à l'Argentine: augmentation du nombre des établissements, du nombre des médecins, amélioration de leur recrutement, colonies spéciales pour les alcooliques et les épileptiques, etc...

G. d'Heucqueville.

THE
MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA
(Sydney)

T. G. Millar (Melbourne). ***Observations sur le traitement de la fièvre des foins par l'irradiation endonasale par les rayons ultra-violets : exposé de 14 cas*** (*The Medical Journal of Australia*, t. II, n° 14, 3 Octobre 1931). — Durant le dernier printemps, M. a traité par l'irradiation ultraviolette endonasale 14 cas de rhinorrhée paroxystique. Il s'est servi d'une lampe de quartz Kronmayer, refroidie à l'eau avec une ampoule nasale de Cemach. La petite lampe est introduite dans les choanes; cete opération est assez désagréable, mais, dans la première série d'expériences, il n'a pas été nécessaire de pratiquer une anesthésie locale. Le temps d'exposition a été de 60 secondes dans chaque narine en augmentant chaque fois de 10 secondes, jusqu'à 2 minutes.

5 femmes entre 21 et 35 ans ont été complètement débarrassées de leur rhume des foins pour toute la saison. Un deuxième groupe de 5 malades fut très amélioré par un petit nombre d'irradiations. Le traitement fut interrompu pour des raisons diverses. Dans une de ces observations, la rhinorrhée fut supprimée pendant 5 jours après chaque exposition.

Les 4 derniers malades n'ont nullement bénéficié de la méthode et doivent être considérés comme des échecs. Il s'agissait de sujets dont les troubles apparaissaient toute l'année et, dans un cas, s'accompagnaient d'autres accidents du trijumeau. Tous les cas favorables appartenaient au contraire à des sujets dont la rhinorrhée était purement saisonnière et ne s'accompagnait d'aucun trouble durant le reste de l'année.

Il ne faut pas opposer cette méthode au traitement allergique; l'alternance des deux médications est très profitable.

Robert Clément.

BRASIL MEDICO
(Rio de Janeiro)

Martinho da Rocha. ***La pneumonie hilaire*** (*Brasil-Medico*, tome XLV, n° 32, 8 Août 1931). — On connaît les difficultés du diagnostic de la pneumonie lobaire franche aiguë de l'enfant. Paludisme, pyélite, otite, typhoïde, appendicite, granulie sont des erreurs de diagnostic fréquentes. R. rapporte deux observations d'une forme spécialement difficile à dépister: la pneumonie hilaire; son diagnostic surtout radiologique.

La première est celle d'un enfant de quelques mois, qui présente après une grippe des oscillations thermiques de type malarique. Vers le dixième jour, un souffle apparaît, dans la région du hile.

La seconde concerne une otite moyenne opérée, dont la température ne baissait pas. Un souffle, la radiographie, révélèrent également un foyer juxta-hilaire.

La pathogénie d'un tel cas est obscure. Faut il admettre une infection lymphatique rétrograde des ganglions du hile au parenchyme voisin ?

G. d'Heucqueville.

SAO PAULO MEDICO

J. Barbosa Coreia. ***Mécanisme du double bruit crural de Traube*** (*São Paulo Medico*, tome IV, n° 1, 2 Juin 1931). — Dans l'insuffisance aortique, on entend souvent, en auscultant les environs de l'arcade fémorale, un double bruit (doppelton de Traube). Ce double bruit est moins fréquent que le double souffle de Durozier. Traube l'a entendu aussi dans l'insuffisance mitrale, l'insuffisance tricuspidienne, les lésions congénitales du cœur.

Les mécanismes suivants lui ont été attribués :

1° tension subite de la paroi artérielle dans la diastole (Traube);

2° double bruit de la systole cardiaque propagé (Gerhardt);

3° passage du sang dans l'aorte, lors de la contraction de l'oreillette (1er bruit), et de la contraction ventriculaire (2e bruit) (Lardois);

4° passage et reflux de l'onde sanguine (Bamburger);

5° dicrotisme exagéré (Potain) ;

6° ébauche du souffle de compression (Lian) etc.
Tous ces auteurs rattachent le double bruit à une cause artérielle. Des théories mixtes ont été proposées, artérielles et veineuses, par exemple celle de Gallavardin et Durozier, qui le tiennent en partie pour un bruit veineux, « dû à la brusque tension des valvules de la veine fémorale, sous l'influence de la contraction de l'oreillette droite hypertrophiée ».

B. C. a étudié le double souffle dans un cas de maladie de Hodgson. Il a comprimé l'artère d'une manière progressive et a noté les bruits qu'il entendait pour chaque pression. Le double bruit a disparu dans son observation sous l'action de la digitale.

Il conclut :

1° le double bruit se compose d'un bruit veineux et d'un bruit artériel;

2° le bruit veineux correspond à une onde partie de l'oreillette droite lors de sa systole;

3° le double bruit s'entend parfois dans l'expiration, la stase veineuse le favorise;

4° il diffère du double souffle de Durozier.

G. d'Heucqueville.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

I. S. Wright. ***Le diabète héréditaire et familial*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXII, n° 4, Octobre 1931). — Depuis longtemps on sait que l'hérédité est un facteur étiologique important en matière de diabète. Si l'on compulse les statistiques faites à ce sujet, on trouve une hérédité diabétique dans plus de 21 pour 100 des cas; chez les enfants diabétiques ayant dépassé 10 ans, ce chiffre s'élève à 84 pour 100. D'autre part, Cammidge et Howard ont établi qu'un caractère chimique, et non plus morphologique, tel que l'hyperglycémie, pouvait se transmettre chez les animaux suivant les lois de Mendel. De plus, ils ont montré que dans une série de cas de diabète observés dans les familles anglaises, la transmission s'était faite suivant les mêmes lois et que, lorsque la maladie était transmise comme caractère dominant, la marche de l'affection était bénigne, alors que, dans les cas où le caractère était récessif, l'évolution du diabète se montrait en général sévère dès le début.

En Amérique, il est difficile d'avoir des renseignements valables sur les ascendants lointains des malades; néanmoins W. a pu rassembler une série de cas intéressants de diabète héréditaire et familial dont il donne les arbres généalogiques et qui illustrent bien l'importance du facteur héréditaire dans cette affection. Il semble y avoir deux groupes de facteurs qui tendent à produire le diabète chez un sujet donné : la tendance héréditaire et les facteurs acquis (obésité, infections, etc.). Le diabète serait dans la plupart des cas le produit de ces deux facteurs. W. a confirmé, en outre, que, lorsque la maladie est transmise sous forme de caractère dominant, elle se montre bénigne.

P.-L. Marie.

W. Dameshek. ***Anémie hypochrome essentielle (anémie érythro-normoblastique)*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXII, n° 4, Octobre 1931). — D. relate l'observation de 7 cas d'anémie dans lesquels, bien que la symptomatologie fût celle de l'anémie pernicieuse, la formule hématologique était celle d'une anémie secondaire. Il y aurait là pour D. une entité morbide nouvelle.

Toute cause connue d'anémie secondaire faisait défaut chez ces malades; l'affection paraissait bien primitive ou essentielle. Le début s'était manifesté par des symptômes d'anémie grave (affaiblissement, essoufflement, etc.), l'évolution se faisant ensuite par poussées successives alternant avec des rémissions. Les malades accusaient des brûlures de la langue, des troubles gastro-intestinaux et souvent des paresthésies. Objectivement, on constatait de la pâleur sans ictère, une langue dépouillée et atrophiée, de la fragilité et des déformations des ongles (ongles en verre de montre) et parfois des signes médullaires de lésions combinées. La rate n'était pas en général augmentée de volume. Il existait une hypochlorhydrie prononcée, parfois une achylie complète.

Hématologiquement, l'affection se caractérisait par une diminution de l'hémoglobine bien plus marquée que celle du nombre des globules rouges, la valeur globulaire tombant ainsi notablement au-dessous de l'unité. Le taux le plus bas d'hémoglobine trouvé fut de 12 pour 100 avec un chiffre d'hématies de 1.800.000. Outre l'hypochromie, il existait une diminution du diamètre des hématies, de la leucopénie, une lymphocytose relative et de la thrombocytopénie. On trouvait parfois des normoblastes, surtout en cas d'anémie grave. La polychromatophilie et l'augmentation des réticulocytes faisaient ordinairement défaut.

Les biopsies de la moelle osseuse sternale, faites dans 3 cas, montrèrent, malgré l'anémie sévère, une hyperplasie accentuée due à l'afflux des normoblastes, sans mégaloblastes, et des érythroblastes (normoblastes non mûrs).

Trait caractéristique, alors que l'hépatothérapie n'a que peu d'influence sur cette anémie, le fer donné à grosses doses (3 à 6 gr. par jour de citrate de fer ammoniacal) détermine une réaction rapide et très marquée, qui se traduit par une rémission au bout de trois à cinq jours. Brusquement l'appétit devient insatiable. Si l'on cesse le fer, une rechute se produit.

D. discute longuement les relations entre ce type d'anémie et l'anémie mégaloblastique hyperchrome dite « anémie pernicieuse ». Celle-ci se caractérise par une moelle en état d'hyperplasie bourrée de cellules rouges anormales ou embryonnaires nommées mégaloblastes, qui ne semblent pas mûrir complètement à moins qu'on ne donne du foie, de l'estomac ou des protéines normalement digérées. Par contre, dans l'anémie érythroblastique hypochrome, on trouve une moelle sternale hyperplasique riche en érythroblastes et en normoblastes normaux qui paraissent mûrir insuffisamment, à moins que l'on ne donne de fortes doses de fer inorganique. Cette anémie pourrait donc être due à un déficit du fer, consécutif à une digestion défectueuse du fer organique.

D. discute ensuite le diagnostic différentiel avec la chlorose, affection à laquelle on pense fortement à la lecture des observations. D. l'élimine en se basant sur l'âge des malades, les symptômes linguaux, la tendance à l'hypochlorhydrie et à l'achylie, l'atteinte du système nerveux central, la gravité de l'état des malades dans certains cas.

Selon lui, il s'agit ici d'une anémie primitive ou essentielle, apparentée à l'anémie pernicieuse dont elle serait peut-être une variété inhabituelle; elle relèverait vraisemblablement d'une digestion défectueuse du fer organique ayant pour conséquence une synthèse anormale de l'hémoglobine et une maturation imparfaite des érythroblastes et des normoblastes dans la moelle osseuse.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Engman et Meleney. ***Amibiase cutanée*** (*Archives of dermatology and syphilology*, t. XXIV, n° 1, Juillet 1931). — Plusieurs cas d'amibiase cutanée ont déjà été rapportés dans la littérature. E. et M. en relatent deux nouveaux cas.

Il s'agit, dans les deux cas, d'ulcérations de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale, dans lesquelles on trouva des amibes ayant tous les caractères d'*Entamœba histolytica*. Dans un cas, l'ulcère apparut après une opération de résection d'une partie du côlon atteint d'ulcération amibienne ; l'autre cas fut consécutif au drainage d'un abcès amibien du foie.

Dans le premier cas, l'amibe dysentérique caractéristique fut trouvée dans les coupes de la biopsie de l'ulcère cutané; le côlon réséqué présentait une ancienne ulcération amibienne typique, mais on ne trouva pas d'amibes sur les coupes intestinales.

Dans le deuxième cas, on trouva des amibes caractéristiques dans les coupes de biopsie de l'ulcère cutané et après l'autopsie dans les coupes de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané, dans les muscles de la paroi abdominale, dans les abcès du foie et dans les petits ulcères coliques.

R. Burnier.

Gilman. ***Le syndrome de Senear-Usher : lupus érythémateux associé au pemphigus*** (*Arch. of dermatology and syphilology*, t. XXIV, n° 1, Juillet 1931). — G. a observé chez une négresse un cas analogue au syndrome décrit en 1926 par Senear et Usher et dont il existe une douzaine d'observations publiées dans la littérature américaine.

Il s'agit d'une association de diverses dermatoses : lupus érythémateux, pemphigus et parfois dermatite séborrhéique. Les femmes sont plus souvent atteintes que les hommes; à part un cas où le malade était un garçon de 7 ans, les autres malades étaient âgés de 40 à 60 ans. La durée moyenne de l'évolution de la maladie fut de 13 mois, un cas se termina par la mort.

Dans 9 cas, la face ou le cuir chevelu étaient atteints; les lésions avaient l'aspect d'une dermatite séborrhéique ou d'un lupus érythémateux avec tous les intermédiaires. Sur le reste du corps, en particulier sur le tronc, existent des lésions bulleuses et des papules crustacées; 2 fois les organes génitaux présentaient des bulles; dans un cas, la muqueuse buccale était atteinte. Chez 3 malades, le prurit était très marqué.

R. Burnier.

Smith et Waddell. ***Compression jugulaire dans le traitement de la syphilis du système nerveux central*** (*Arch. of dermatology and syphilology*, t. XXIV, n° 5, Novembre 1931). — La compression de la veine jugulaire, en augmentant la pression intracranienne, permet d'accroître les effets du traitement antisyphilitique dans la syphilis du système nerveux central. On sait que le maximum de concentration de l'arsenic survient immédiatement après l'injection. On applique 2 tampons maintenus par une boucle sur la veine jugulaire, pendant 30 minutes, après l'injection de novarsénobenzol; la tolérance est parfaite.

Chez les sujets de contrôle, la moyenne de concentration de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien fut de 0 gr. 002 par 5 centimètres cubes; chez 2 des 18 malades de contrôle, on ne put trouver d'arsenic.

Au contraire, après compression jugulaire, la moyenne de la teneur en arsenic fut de 0 gr. 0031 par 5 centimètres cubes, soit une augmentation de 55 pour 100. Tous les malades examinés avaient une réaction positive vis-à-vis de l'arsenic.

Ces faits montrent que la compression jugulaire peut être un adjuvant utile dans le traitement de la neuro-syphilis.

R. Burnier.

Jordan Eller et Fox. ***Un cas mortel d'iodide cutanée*** (*Arch. of dermatology and syphilology*, t. XXIV, n° 5, Novembre 1931). — Un homme de

31 ans, qui depuis plusieurs années prenait 1 gr. d'iodure de potassium par jour et qui, dans les 4 derniers mois, en absorbait environ 4 gr. par jour, vit apparaître une éruption généralisée de papules et de nodules cutanés, qui ne tardèrent pas à devenir végétants; l'état général s'aggrava: les urines contenaient de l'albumine, du sang; le délire et le coma précédèrent de peu la mort qui survint au bout de 2 mois par broncho-pneumonie.

Les urines, la peau, les reins, le foie contenaient de l'iodure. A part la broncho-pneumonie terminale des 2 lobes inférieurs et une hyperplasie thyroïdienne, on ne trouva à l'autopsie aucune altération viscérale; le système ganglionaire lymphatique était normal.

R. Burnier.

BULLETIN of the NEUROLOGICAL INSTITUTE OF NEW-YORK

Coombs, Bernard Wortis et **Frank Pike**. ***Les effets de l'absinthe sur le chat, après extirpation bilatérale des surrénales*** (*Bulletin of the Neurological Institute of New-York*, tome I, n° 1, Janvier 1931). — L'action convulsivante de l'absinthe, son action sur le système nerveux autonome, le fait que l'injection d'adrénaline abaisse la dose minima d'absinthe nécessaire pour déclancher des convulsions chez le chat, le rôle indiscutable des troubles vaso-moteurs corticaux dans la production des accidents convulsifs, ont déterminé les auteurs à étudier l'action de l'absinthe chez des chats ayant subi une double surrénalectomie.

L'absinthe fut injectée par voie intraveineuse chez une série de chats deux à vingt-huit heures après l'intervention. La solution standard employée était composée de 1 cmc d'huile d'absinthe ajoutée à 19 cmc d'alcool éthylique à 95 pour 100. Chez les chats normaux, la dose convulsivante minima est de 0,03 à 0,04 de la solution par livre d'animal. Les résultats obtenus furent les suivants:

Quand l'injection d'absinthe était pratiquée deux à trois heures après la surrénalectomie, la dose convulsivante minima, bien que moindre que chez les animaux de contrôle, n'était pas très réduite; elle représentait 40 à 70 pour 100 de la dose convulsivante minima ordinaire. Si la phase intercalaire entre l'intervention et l'injection dépassait plusieurs heures, la phase tonique de la crise était plus marquée que la phase clonique. D'une façon générale, cette prédominance des accidents toniques était plus grande chez les animaux en expérience que chez ceux qui n'étaient pas opérés.

L'écart entre la dose convulsivante minima et la dose mortelle était moins grand chez les chats opérés que chez ceux qui ne l'étaient pas. Chez plus de la moitié des chats opérés, ces deux doses furent les mêmes. Chez les autres, la dose mortelle était de 0,002 à 0,004 de la solution supérieure à la dose convulsivante minima, par livre d'animal. Alors que chez les témoins, la dose convulsivante minima était de 0,02 à 0,03, et la dose mortelle de 40 à 75 pour 100 supérieure.

Chez les chats surrénalectomisés, la dose totale d'absinthe par livre nécessaire pour déterminer la mort avoisinait 0,076 de la solution. Chez les animaux témoins, elle variait entre 0,225 et 0,3. L'injection intraveineuse d'adrénaline augmentait la durée des convulsions cloniques chez les chats opérés.

Les injections d'éphédrine n'augmentent pas la résistance de l'animal à l'action convulsivante de l'absinthe.

L'injection d'une solution sucrée isotonique vingt à trente minutes avant l'injection d'absinthe ne modifie pas la réaction convulsive.

H. Schaeffer.

CHIRURGIA CLINICA POLONICA (Krakow)

Jean Krotoski. ***L'examen du métabolisme des hydrates de carbone et sa valeur dans les affections chirurgicales du pancréas*** (*Chirurgia Clinica Polonica*, tome II, fasc. 1, 1931). — K. rapporte les résultats de minutieuses recherches personnelles visant l'étude du fonctionnement de l'appareil insulaire du pancréas dans le métabolisme des hydrates de carbone au cours de diverses affections du pancréas, mais particulièrement dans les affections d'ordre chirurgical. Son nouveau procédé d'investigation est basé sur la comparaison de deux courbes d'hyperglycémie alimentaire, une sans insuline, l'autre après injection d'insuline.

Cette étude s'étend sur 125 malades dont 20 sont atteints d'affections d'ordre chirurgical. Elle est complétée par l'exposé des résultats d'expériences faites sur les chiens auxquels fut pratiquée la résection de 3/4 du pancréas. Les épreuves expérimentales faites par K. comportent: 1° le dosage du sucre dans l'urine avec alimentation ordinaire et après administration de 50 gr. de glucose; 2° le dosage du sucre dans le sang; 3° l'évaluation de l'hyperglycémie après l'ingestion de glucose; 4° l'examen de deux courbes de glycémie l'une après l'injection du glucose, l'autre après l'injection de 10 unités d'insuline anglaise A. B. et l'ingestion de glucose.

D'après ces nombreuses analyses, il résulte que, seul, l'examen de la tolérance de l'organisme vis-à-vis des hydrates de carbone n'a pas la valeur diagnostique qui lui est attribuée par certains auteurs. Ce n'est que dans certains cas de troubles très considérables dans la régulation du sucre dans le sang que cet examen peut avoir une valeur auxiliaire. Par contre, en faisant la comparaison des deux courbes, on peut décider avec beaucoup de probabilité si une affection du pancréas existe ou non. Quand le pancréas est touché, la courbe d'hyperglycémie descend plus vite après l'injection de l'insuline, par opposition aux cas où son action est faible ou même nulle et où le pancréas ne peut pas être mis en cause dans l'apparition des troubles de la régulation de la glycémie. Cette insulino-résistance doit être attribuée, soit aux facteurs de nature humorale, soit infectieuse, soit aux perturbations de l'équilibre acido-basique, soit enfin aux troubles hépatiques.

Dans les affections chirurgicales du pancréas le résultat positif de l'épreuve n'apparaît d'une manière bien nette que lorsque les troubles de la régulation du sucre sont déterminés par une insuffisance pancréatique absolue, c'est-à-dire lorsque ces troubles sont dus à l'altération de l'appareil insulaire lui-même. Si, en plus du pancréas, d'autres facteurs interviennent dans la perturbation du métabolisme des hydrates de carbone, le résultat positif est moins net, en raison de l'intervention des facteurs antagonistes par lesquels l'organisme tend à atténuer les troubles produits. Or, dans l'insuffisance pancréatique primitive, le pouvoir de cette contre-régulation est également diminué.

Fribourg-Blanc.

SRPSKI ARHIV ZA CELOKUPNO LEKARSTVO (Belgrade)

M. K. Todorovitch. ***Troisième cas d'encéphalite postvaccinale*** (*Srpski Arhiv za celokupno lekarstvo*, tome XXXIII, n° 9, Septembre 1931). — T. rapporte le troisième cas d'encéphalite post-vaccinale observé à la Clinique des maladies infectieuses de Belgrade.

Un garçon, âgé de 9 ans, vacciné pour la première fois le 5 Mai 1931, présentait neuf jours après une méningo-encéphalite grave et fébrile (température, 39°5), accompagnée d'augmentation des éléments blancs dans le liquide céphalo-rachidien (107 lymphocytes par millimètre cube), d'albuminose et d'hyperglycorachie (560 milligr. pour 1.000).

Cet état ne dura que quelques jours et le 22 Mai, le petit malade se sentait mieux; le 31 Mai, étant guéri, il a pu quitter la clinique.

Yovtchitch.

Yovtchitch, Vassitch et **Stoïanovitch**. ***Les arthropathies des hémophiles*** (*Srpski Arhiv za celokupno lekarstvo*, tome XXXIII, n° 11, Novembre 1931). — Y., V. et S. étudient les arthropathies des hémophiles à propos de 2 cas observés par eux. Après avoir insisté sur leur fréquence et leur gravité, ainsi que sur la confusion fréquente avec les autres arthropathies, la tuberculose en particulier, faute d'y penser, ils rapportent les 2 observations *in extenso* en développant les chapitres cliniques, examens hématologiques et la radiographie.

Dans les 2 cas, il s'agit d'une hémophilie sporadique, frappant des enfants de moins de 10 ans, de sexe masculin. Les deux fois elle débute par une atteinte successive de plusieurs articulations pour se localiser ensuite et au bout de plusieurs années à son lieu d'élection, l'articulation du genou.

Les examens hématologiques montrent qu'il s'agit d'une *hémophilie pure* et non d'une hémophilo-hémogénie malgré la présence de phénomènes d'hémolyse sous forme d'hématomes des parties molles, d'hémorragies intestinales, et d'hématuries. En effet, le temps de saignement est normal et ne dépasse pas 3 minutes 1/2, alors que le temps de coagulation atteint, pour le premier malade, 29 minutes et pour le second 498 minutes, soit 8 heures 18 minutes; le nombre de plaquettes sanguines varie dans le premier cas de 111.000 à 192.400 alors que, dans le second, il dépasse 212.000. Le signe du lacet est négatif.

L'étude radiologique a fourni, à côté des signes habituels, signature de toute atteinte articulaire, telle la décalcification, le pincement articulaire, l'accroissement de la diaphyse, d'autres, considérés comme propres à l'hémophilie articulaire. Il en serait ainsi des irrégularités des coques osseuses, de la striation transversale, tous signes dont ils discutent la spécificité. Il n'a pas été constaté d'hématomes calcifiés périarticulaires, pas plus que de plages de décalcification à l'emporte-pièce signalées par Doub et Davidson comme caractéristiques des arthropathies des hémophiles. Par contre, Y., V. et S. mentionnent, en y insistant, la possibilité de *régression radiologique complète des lésions osseuses*, tant pour la recalcification, signalée déjà par P.-E. Weil et Massart, que pour la disparition du pincement articulaire.

Ils l'attribuent à un traitement correct des poussées hémophiliques qu'il importe de rendre moins fréquentes et surtout moins longues, en évitant toute ponction articulaire, en immobilisant l'articulation atteinte et en y associant une thérapeutique sérique et surtout hématique (transfusion de sang) qui seule peut donner des résultats héroïques (abaissement du temps de coagulation de 498 min. à 22 min.).

Le traitement doit être régulier et entretenu tous les mois. C'est à cette pratique seule que P.-E. Weil doit de pouvoir suivre ses malades bien au delà de cinq à vingt ans, chiffres limites fixés par les classiques et Carrière pour l'évolution de la grande majorité des hémophilies.

Yovtchitch.

ERRATUM

H. Cole, M. Mac Caskey, etc. ***Accidents toxiques dus aux arsénobenzènes*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 13, 26 Septembre 1931).

Analyse publiée dans le n° 7, 23 Janvier 1932, p. 23, 2e colonne : il faut lire sulfarsénamine au lieu de sulfarsénol.

REVUE DES JOURNAUX

LA MÉDECINE
(Paris)

P. Bouthillier. *Le débit cardiaque; sa mesure; ses enseignements* (*La Médecine*, tome XII, n° 12, Août 1931). — Grâce à la physiologie et la clinique, on a réussi à établir un certain nombre de constantes numériques dans les éléments du sang et des humeurs et leur métabolisme. Jusqu'ici, la notion du débit cardiaque n'est pas suffisamment entrée dans la pratique clinique, malgré tout l'intérêt qu'elle présente.

Le problème du débit cardiaque a d'abord été étudié chez les animaux d'une façon indirecte; puis, grâce à la plethysmographie ventriculaire chez le chien, on a pu fixer un certain nombre de notions, d'abord sur la réplétion du ventricule, ensuite sur leur rythme, l'ondée systolique et le débit par lui-même. Les nerfs extrinsèques n'agiraient que sur le rythme et c'est par l'intermédiaire du rythme seul qu'ils modifieraient l'ondée et le débit cardiaque. Le rôle de la pression veineuse et l'importance du débit veineux de retour comme facteur du débit circulatoire général ont été fixés par de nombreux travaux. La teneur en CO^2 du sang joue un rôle très important dans la régulation de la pression veineuse et par son intermédiaire sur la réplétion diastolique du cœur et le débit circulatoire général. Celui des deux ventricules, qui se trouve occasionnellement soumis à la pression de retour la plus élevée, présente l'ondée la plus grande.

Chez l'homme, également, on a d'abord utilisé des procédés indirects pour fixer le débit cardiaque. Les estimations du débit ventriculaire, basé sur la mesure volumétrique des cavités à l'autopsie, n'ont donné que des résultats sans valeur, de même que l'étude de la courbe de recul du corps à chaque battement cardiaque. La mesure de la quantité d'oxygène consommé par le sujet par ondée cardiaque, égale à la quantité d'oxygène absorbé par minute divisée par le rythme du pouls, est facile à mesurer, mais ne fournit qu'une indication approximative sur le volume probable du débit systolique du ventricule gauche.

Deux méthodes de mesure directe sont utilisées: *La méthode à l'acide carbonique*, qui comprend trois temps: 1° déterminer l'élimination de CO^2 par minute; 2° recueillir deux échantillons d'air alvéolaire ou air artériel, selon la méthode de Haldane et doser l'acide carbonique; 3° recueillir des échantillons d'air veineux virtuel et pratiquer le même dosage. Mais cette méthode, purement physiologique, est difficilement applicable en clinique, car elle demande la coopération volontaire du sujet et son entraînement patient à une certaine gymnastique respiratoire; il faut quelquefois une journée entière de travail pour faire une détermination complète.

Aussi, préfère-t-on en général la *méthode à l'iodure d'éthyle* : sachant la quantité d'iodure d'éthyle inspirée en un temps donné et celle rejetée par l'expiration dans le même temps, on conclut que la différence a été absorbée. La quantité absorbée par minute est égale à la quantité absorbée par litre de sang multipliée par le nombre de litres de sang par minute. Dans les mêmes conditions d'expériences, l'écart moyen d'une détermination à l'autre ne dépasse pas 5,8 pour 100.

Grâce à cette méthode, quelques résultats sont acquis: Lorsque le débit cardiaque s'accroît, 2 facteurs interviennent: le rythme et le débit systolique ou onde ventriculaire. A rythme égal, c'est le retour veineux qui règle le débit systolique au cœur droit, lequel règle le débit systolique du cœur gauche. Aucune relation simple n'apparaît entre le débit et le poids ou la taille. Lorsque la température extérieure ne varie pas, le débit circulatoire varie parallèlement à la consommation d'oxygène. Ce qui va limiter la faculté de consommer de l'oxygène, ce n'est pas le pouvoir qu'a l'organisme d'absorber cet oxygène, c'est celui de le transporter. Ce qui fixe le maximum de puissance énergétique d'un sujet donné à une consommation de 2 à 3.000 cmc d'oxygène par minute, ce n'est pas sa respiration, c'est sa circulation. Au point de vue du transport de l'oxygène, la circulation possède trois réserves: l'ondée ventriculaire, le rythme cardiaque, la quantité d'oxygène par litre de sang transmissible aux tissus. Quand la consommation d'oxygène s'accroît, l'augmentation porte d'abord surtout sur le rythme, à un moindre degré sur les deux autres facteurs; si elle s'élève encore, rythme et ondée croissent parallèlement jusqu'à une certaine limite qui marque la puissance extrême pouvant être fournie par le cœur. Ce n'est qu'ensuite qu'augmente la différence d'oxygène artério-veineuse.

A la lumière de ces recherches, respiration et circulation apparaissent plus clairement comme les deux parties d'un même cycle, d'une même fonction, qui tend à porter jusque dans l'intimité du tissu l'oxygène de l'air extérieur et à rejeter dans le milieu ambiant l'acide carbonique que produit la vie cellulaire. ROBERT CLÉMENT.

ENDOCRINOLOGIA E PATOLOGIA COSTITUZIONALE
(Bologne)

G. Piccoli. *Le type morphologique constitutionnel prédominant chez les prédisposés au rhumatisme articulaire aigu* (*Endocrinologia e Patologia costituzionale*, tome VI, n° 4, Août 1931). — Pour expliquer les diverses particularités de l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, il faut admettre l'existence d'un terrain constitutionnel qui prédispose au développement de l'agent pathogène. L'étude de 200 soldats ayant eu des crises de rhumatisme articulaire aigu a montré à P. la grande prédominance d'un habitus particulier; il se rapproche du type longiligne de Viola, mais en diffère par une microsomie relativement moindre, par un état de sous-nutrition moins accentué, par un poids plus élevé et ne s'écartant pas beaucoup de la normale, par un développement plus grand des hypocondres et par la rareté du signe de Stiller. Cet habitus correspond bien au tempérament des malades et s'oppose à celui des arthritiques. L. ROUQUÈS.

R. Pachioli. *Les paramorphismes par situation anormale de l'épaule chez les enfants* (*Endocrinologia e Patologia Costituzionale*, tome VI, n° 4, Août 1931). — Les paramorphismes sont des anomalies morphologiques qui ne s'écartent pas considérablement de l'état normal et qui dépendent plus de l'hypotonie et de l'insuffisance de l'appareil musculo-ligamenteux que d'une véritable altération anatomique. Chez l'enfant, ils sont très fréquents au niveau de l'épaule et la déformation dite *scapulae alatae* en est le type le plus courant. P. indique une méthode de mensuration qui permet de reconnaître si la déformation scapulaire que présente un enfant est due à un paramorphisme ou ne s'écarte pas de l'état physiologique; les mensurations indiquent également si la déformation est susceptible de guérison spontanée ou doit être traitée par des exercices méthodiques, ayant pour but de remédier à l'hypotonie des muscles fixateurs de l'épaule, cause de l'anomalie morphologique. L. ROUQUÈS.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE
(Firenze)

L. Benassi et E. Rizzatti. *La spondylose rhizomélique* (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, tome XXXVIII, fasc. 1). — Ce travail fort intéressant apporte une contribution nouvelle à l'étude de la spondylose rhizomélique puisqu'il contient onze observations nouvelles ainsi qu'une riche iconographie, et constitue en même temps une revue générale de la question avec une riche bibliographie. La spondylose rhizomélique ou spondylose ankylosante ligamenteuse, connue depuis fort longtemps, comprend à la fois la forme rhizomélique typique type Strümpell-Marie et celle qui est limitée au rachis, ainsi que la forme décrite par Bechterew et des formes accessoires. Elle constitue une entité nosographique distincte, bien différente de toutes les autres maladies ankylosantes du rachis, et que l'on ne peut diviser en individualités distinctes suivant l'étendue des lésions, le nombre des articulations atteintes, et, en particulier, l'intégrité ou non des articulations du bassin.

La maladie est caractérisée avant tout par ses images radiographiques qui permettent de la distinguer des autres processus morbides ankylosants du rachis. On observe une ossification totale ou incomplète d'une partie ou de tous les ligaments rachidiens, et de toutes les catégories de moyens d'union des articulations rhizoméliques, ainsi qu'une atrophie osseuse diffuse plus ou moins accentuée, et des phénomènes de réaction périostée, surtout au bassin. Ces lésions aboutissent à un processus de synostose articulaire, surtout pour les petites articulations du rachis, et les articulations sacro-iliaques.

L'étiologie de la spondylose ankylosante est complexe et très vraisemblablement non univoque, relevant de causes multiples parmi lesquelles le rhumatisme a la place primordiale. Il ne faudrait pas oublier toutefois le rôle de l'infection gonococcique, de la tuberculose, peut-être de la syphilis, et aussi le terrain prédisposé sur lequel se développe l'infection.

Quant à la pathogénie, elle est encore plus douteuse et incertaine. Les auteurs invoquent un facteur trophonerveux et incrétologique, faisant remarquer que l'affection se présente à peu près exclusivement dans le sexe masculin. H. SCHAEFFER.

C. Berlucchi. *Modifications histologiques du corps strié chez les sujets morts de maladies variées* (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, tome XXXVIII, fasc. 1). — Le présent mémoire est le résultat d'une minutieuse et importante étude histologique des noyaux centraux de sujets normaux depuis la naissance jusqu'à la vieillesse, de sujets atteints d'affections toxi-infectieuses diverses sans signes neurologiques, et de maladies organiques diverses des centres nerveux. B. rappelle le rapport étroit établi entre les lésions des corps striés et les syndromes dits extrapyramidaux dans les dernières années, et pense que beaucoup de ces faits sont à reviser, en particulier les syndromes décrits par Vogt. Les sujets étudiés par ces auteurs présentaient en effet le plus souvent des affections dégénératives et artérioscléreuses qui débordaient largement les ganglions centraux.

Nombreux sont d'ailleurs les cas où les faits cliniques et anatomiques sont discordants. C'est ainsi que d'importantes lésions du corps strié (tumeurs, lacunes de désintégration, ramollissements, calcification) ont été observées par de nombreux auteurs, qui ne s'accompagnaient d'aucun syndrome extrapyramidal.

De nombreux facteurs toxiques ou infectieux ont, en effet, une action sur les noyaux centraux, déterminant des lésions banales sans signes neurologiques.

Des travaux de B., il résulte :

1° La variabilité d'aspect des cellules du corps strié d'un sujet à un autre, conséquence sans doute des facteurs toxi-infectieux, circulatoires, agoniques, banaux.

2° La présence fréquente de cellules satellites environnant les petites cellules du corps strié, leur lésion ou leur disparition partielle, témoins de leur fragilité.

3° La fréquence de dépôts pigmentaires dans ces cellules chez les sujets encore jeunes, de graisse et de pigments chez les adultes et les vieillards.

4° La fréquence d'altérations considérées comme pathologiques chez des sujets normaux, telles que altérations du protoplasme, du noyau, et des prolongements cellulaires.

5° La présence de pigments chez le vieillard peut être telle qu'elle remplit toute la cellule.

6° Dans le strié et surtout le putamen, de notables variations des fibres à myéline pouvant simuler l'état fibreux ou l'état marbré, ou encore l'état de démyélinisation de Vogt.

7° Une hyperplasie et une hypertrophie de l'astroglie semblant primitive qui se rapproche de celle observée dans la chorée de Huntington.

8° La présence fréquente de lésions vasculaires avec ou sans état lacunaire chez les vieillards.

Pour B., les faits décrits sous le nom d'état fibreux, d'état marbré, d'état démyélinisé du pallidum par les Vogt, les lésions considérées comme caractéristiques de la chorée de Huntington et de la paralysie agitante ne présentent pas des lésions différentes qualitativement et quantitativement de celles que l'on peut rencontrer chez des sujets ne présentant aucun syndrome neurologique.

H. Schaeffer.

ANNALI D'IGIENE
(Rome)

E. Pampana. *La dissociation microbienne et sa mise en évidence par la trypaflavine* (*Annali d'Igiene*, tome XLI, n° 8, Août 1931). — Ayant étudié l'agglutination par la trypaflavine de 57 souches de bacilles du groupe typho-paratypho-dysentérique, P. a été frappé par l'incohérence apparente des résultats : certaines souches d'un type bien défini comme l'Eberth ou le para A sont agglutinables, d'autres non ; une même souche peut présenter une agglutinabilité variable suivant les examens. P. a pu démontrer que l'agglutination était négative pour les formes S (c'est-à-dire les formes typiques qui donnent des colonies lisses) et positive pour les formes R (formes atypiques poussant en colonies rugueuses) ; suivant que la souche est plus ou moins dissociée, la réaction est plus ou moins positive. Des formes S d'une souche donnée, d'abord non agglutinables, le deviennent après passages répétés sur bouillon alcalin qui les transforment en formes R.

Il est donc impossible d'utiliser la trypaflavine pour différencier les espèces les unes des autres et, en particulier, pour distinguer la *Brucella paramelitensis* de l'*abortus* de Bang ou du *melitensis*, comme Alessandrini et Sabatucci l'avaient proposé. L'étude des dissociations des cultures de ces trois types montre que la *Brucella para-melitensis* n'est que la variante R de l'*abortus* ou du *melitensis*.

L. Rouquès.

LA MEDECINA IBERIA
(Madrid)

J. A. Urra. *Contribution à l'étude expérimentale de la « perspiration insensible »* (*La Medicina Ibera*, tome XXV, 2, n° 718, 15 Août 1931). — Sanctorius, en 1614, mettait en évidence la perte de poids continue que subit l'organisme au repos, sans rejeter ni urine ni matières fétides. C'est cette perte du poids qu'U. désigne par le terme : « perspiration insensible ».

Elle représente l'élimination de vapeur d'eau au niveau des alvéoles pulmonaires et de la peau, plus l'excès du poids du CO^2 exhalé sur le poids correspondant d'oxygène inspiré. U. la mesure à l'aide de la balance de Bénédict chez le chien.

Il étudie ses variations sous l'influence d'absorption d'eau, d'ingestion de divers aliments.

La perspiration insensible est fonction du premier degré du métabolisme basal (loi de Heller-Schwartz). D'où une méthode nouvelle de mesure du métabolisme basal en déterminant la perspiration insensible.

Cette perspiration insensible est modifiée par certains agents pharmacodynamiques : l'insuline l'augmente jusqu'à 6 fois sa valeur normale ; la pilocarpine, l'atropine, l'adrénaline ont peu d'action.

L'intérêt pratique des recherches de U. n'échappera pas aux praticiens.

G. d'Heucqueville.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA
(Madrid)

H. G. Mogena, J. G. Orgoyen et A. L. Fernandez. *La calcémie dans les affections hépatiques* (*Los progressos de la Clinica*, tome XXXIX, n° 6, Juin 1931). — Wollheim avait montré que les sels de calcium se diluent en traversant le foie ; et Spiro a mis en lumière l'action de cette glande dans la régulation de l'équilibre Ca-K. Mais, Beckmann l'a prouvé, le foie ne retient pas le calcium.

Dans l'ictère, la calcémie s'abaisse ; aussi est-il prudent, s'il faut opérer les ictériques, de leur administrer du calcium avant l'intervention, afin que la coagulation ne se ressente pas de cette insuffisance ; la tendance des ictériques aux hémorragies pourrait reconnaître cette cause.

Après avoir rappelé les derniers travaux sur la question, ceux d'Emerson, Kirk et King, Zimmermann, entre autres, les auteurs apportent des dosages personnels de calcium chez un certain nombre d'hépatiques.

Dans les maladies sans ictère (kyste hydatique, cirrhose, cholélithiase), ils ont trouvé des hypocalcémies notables : 75 milligr. par litre, au lieu de 105, chiffre normal. Dans les maladies accompagnées d'ictère, l'hypocalcémie est variable avec le degré d'insuffisance hépatique. Mais expérimentalement, la ligature du canal cholédoque diminue la calcémie.

De leurs recherches, M., O. et F. concluent que l'hypocalcémie qu'ils ont observée ne suffit pas à expliquer la tendance aux hémorragies des hépatiques.

G. d'Heucqueville.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FUR CHIRURGIE
(Leipzig)

Herbert Weber (Groz). ***Recherches bactériologiques dans le grand et dans le petit épiploon au cours de l'ulcère et du cancer de l'estomac*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXII, fasc. 11-12, Septembre 1931). — Avec toutes les précautions d'asepsie requises, W. a fait des prélèvements dans le grand épiploon et dans le petit épiploon aux fins d'ensemencement et d'examens histo-bactériologiques lors d'opérations pour ulcère et pour cancer de l'estomac.

Dans 5 cas d'ulcère de l'estomac (2 au pylore, 2 à la petite courbure, 1 à la grande courbure), les prélèvements ont permis de mettre une seule fois en évidence dans le petit épiploon des diplocoques en petite chaînettes. L'opéré guérit. Par contre, dans l'observation précédente, où la culture et l'examen histologique ont montré l'absence de bactéries, l'opéré est mort de broncho-pneumonie avec ictère le huitième jour.

Dans 7 cas de cancer de l'estomac, 3 fois des germes pathogènes ont été mis en évidence, 1 fois par culture, 2 fois par l'examen histologique. Dans 2 cas où l'examen bactériologique avait été positif, les opérés ont succombé, 1 fois à une insuffisance cardiaque (l'examen avait révélé la présence d'un oïdium dans le petit épiploon), une fois à une péritonite aiguë diffuse (l'examen du petit épiploon n'avait décelé aucun germe, mais l'examen histologique de la pièce avait révélé la présence de *Bacterium coli commune*). Dans le dernier cas, les examens avaient montré la présence de *Bacterium coli commune* et cependant l'opéré a guéri malgré une suppuration de la plaie opératoire, dont le pus renfermait des colibacilles.

De ces recherches, qui n'ont rien de démonstratif parce qu'en trop petit nombre, W. tire cette conclusion qu'il ne faut pas toujours attribuer l'échec à l'insuffisance des sutures gastro-intestinales.

P. Wilmoth.

Erich Drost (Duisburg). ***Contribution au microcolon congénital*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXII, fasc. 11-12, Septembre 1931). — Un enfant du sexe masculin, dont la naissance fut normale, du poids de 3 kilogr. 720, d'apparence robuste, est examiné par D., quarante-huit heures après l'accouchement, parce qu'il n'a pas rendu son méconium et parce que son ventre est ballonné. Sous la paroi abdominale, les anses intestinales, en contraction, se dessinent. Le toucher rectal montre que l'anus est perméable sur 4 cm., mais au delà on a l'impression que le rectum se rétrécit. Sans porter de diagnostic précis, D. intervient immédiatement sans anesthésie. Incision le long du bord externe du muscle droit à gauche. Les anses intestinales grêles sont distendues ; comme la cause de l'occlusion n'est pas reconnue rapidement, D. se contente de fixer à la paroi une anse grêle distendue ; elle est ponctionnée immédiatement, il en sort un méconium d'aspect normal. L'enfant meurt le lendemain.

L'autopsie a montré que l'intestin grêle, à 20 cm. de la valvule de Bauhin, était nettement d'un calibre inférieur à la normale, et que d'autre part, le cæcum et les côlons, en situation normale, *avaient le même calibre que l'iléon terminal*. Szènes a décrit cette malformation congénitale sous le nom de *micro-côlon congénital*, et il attribue cette malformation à l'inclusion de toute la portion de l'anse intestinale primitive, située au-dessous de l'insertion du canal vitellin, dans l'orifice ombilical. D. n'admet pas cette explication, tout au moins en ce qui concerne le cas qu'il rapporte, et il se contente d'invoquer une hypoplasie primaire de l'anse infra-vitelline.

En ce qui concerne la thérapeutique d'une pareille malformation congénitale, il semble qu'il soit d'exécution difficile de faire, comme le recommande D., une anastomose entre le grêle normal et le rectum, étant donné l'âge du sujet.

P. Wilmoth.

H. Lichtenstein (Neukölln, Berlin). ***La clinique et la pathologie des tumeurs primitives de la plèvre*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXIII, fasc. 1, Septembre 1931). — D'après L., il ne se passe pas une semaine, à la clinique de Neukölln-Berlin, sans qu'une autopsie de carcinome bronchique ne soit faite, et L. pense qu'on peut invoquer comme causes prédisposantes d'une part des causes d'irritation des bronches par les poussières et les particules de goudron inhalées, et d'autre part des causes d'infection comme les pneumopathies grippales. Mais le cancer primitif de la plèvre reste une rareté, aussi L. publie-t-il

une observation typique. Il s'agit d'un homme de 50 ans qui en Octobre 1921 fut frappé d'une ophtalmoplégie droite complète, avec chute de la paupière supérieure. Puis apparut une paralysie des masticateurs, puis une paralysie des muscles du pharynx, enfin la paralysie frappa les quatre membres. A l'examen, on constate qu'il s'agit d'un homme à la musculature d'apparence vigoureuse: pas d'atrophie linguale, les différents réflexes sont normaux. L'examen des différents appareils ne révèle rien de particulier; seule une radiographie du thorax montre sur le bord gauche du cœur plusieurs ombres échelonnées qui donnent au bord libre du cœur un aspect bosselé.

Ce n'est qu'en 1926 que des douleurs intrathoraciques font leur apparition, et une nouvelle radiographie est faite. Elle montre accolées au bord gauche du cœur des ombres bien limitées qui dans leur ensemble forment une grosse masse bosselée. Un peu plus tard apparaît de la dyspnée d'effort. En 1928, une troisième radiographie faite montre que les ombres para-cardiaques ont augmenté, et qu'une partie est nettement séparée de l'ombre cardiaque par la clarté pulmonaire.

La mort survient en 1929, alors que le malade, complètement paralysé, ne peut plus articuler de sons, et est très dyspnéique. L'autopsie montre la présence d'une grosse tumeur de 18 cm. sur 11 cm. 5, développée aux dépens des deux feuillets de la plèvre médiastinale gauche. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome formé à la fois par des cellules rondes et par des cellules fusiformes.

Il n'y a vraisemblablement aucun rapport entre l'évolution de cette tumeur pleurale primitive, sans métastases, et la myasthénie grave; mais l'intérêt de cette observation réside dans le fait que L. a pu suivre pendant sept ans, grâce à la radiographie, l'évolution de ce sarcome pleural.

P. Wilmoth.

I. Zadek (Neukölln, Berlin). ***Maladie de Vaquez traumatique ?*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXIII, fasc. 1, Septembre 1931). — Sous ce nom, Z. rapporte l'histoire clinique d'un blessé de guerre allemand, réformé pour blessures multiples à 40 pour 100. En 1922, l'entourage de cet homme avait remarqué que son visage prenait une teinte bleuâtre qui augmentait dans l'effort. En 1925, cet homme fut pris d'une violente douleur dans l'hypocondre gauche. Hospitalisé, il apparaît comme un polycythémique typique. En fait, l'examen du sang montre que le nombre des globules rouges est de 8 millions et demi, l'hémoglobine à 141 pour 100, les érythrocytes à 0,5 pour 1000. Une ponction faite dans le sternum donne un sang qui contient une masse de mégakaryocytes avec de gros noyaux épais, mais pas de mégaloblastes.

L'examen de l'hypocondre gauche montre que la rate est très grosse, et une radiographie révèle la présence de fracture des 10e et 11e côtes gauches dans leur portion splénique. Il s'agit donc d'une thrombose splénique veineuse. Comme il s'agit d'un blessé de guerre, Z. ne peut s'empêcher d'établir un rapport entre la thrombose splénique et la fracture de côtes, mais il se garde cependant de toute affirmation. Le malade a été revu en 1931, sa polycythémie n'avait pas subi de modifications importantes.

Séverin aurait observé un cas analogue de polycythémie après traumatisme. P. Wilmoth.

Otto Hoche (Vienne). ***Cas dignes d'observation de goitre malin*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXIII, fasc. 5-6-7, Octobre 1931). — En quelques mois, l'auteur a observé neuf cas de goitre malin dont huit purent être opérés; dans un cas, le malade fut examiné tardivement et présentait déjà des métastases pulmonaires. Les huit opérations ont donné quatre fois un succès appréciable puisque les opérés restaient sans récidive 9 mois, 10 mois, 2 ans. Dans quatre cas, la mort est survenue rapidement en quelques semaines, soit par récidive locale, soit par métastases.

La radiothérapie a toujours été associée à l'acte chirurgical.

H., comme les chirurgiens américains, pense que, dans 50 pour 100 des cas, le cancer thyroïdien se greffe sur une glande atteinte d'adénome. Dans un cas, il admet que l'opération, qui avait pour but l'ablation d'un adénome thyroïdien, a favorisé l'éclosion d'un cancer; il est plus vraisemblable d'admettre que l'examen histologique qui avait certifié l'adénome était erroné. Enfin, dans un cas de cancer thyroïdien, il a pu relever dans la famille du malade trois cas de goitre malin.

P. Wilmoth.

E. K. Frey (Düsseldorf). ***Au sujet d'un nouveau produit de sécrétion interne du pancréas, l'hormone circulatoire « Kallikrein » et son indication thérapeutique*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXIII, fasc. 8, Octobre 1931). — F. est parvenu à isoler de l'urine une hormone dont l'influence sur la circulation est manifeste: il l'a dénommée *Kallikrein*, et ses expériences sur les animaux, comme ses recherches thérapeutiques chez l'homme, lui ont prouvé que cette hormone avait une action hypotensive manifeste. Ses recherches l'ont conduit à assigner au pancréas l'élaboration de cette substance jusque-là inconnue. L'extirpation des 9/10 du pancréas fait tomber de 100 à 50 la sécrétion de l'hormone; puis la ligature temporaire des vaisseaux pancréatiques fait tomber cette sécrétion de 50 à 3; enfin la ligature étant levée, la sécrétion de l'hormone remonte à 150. Une minime fraction de pancréas suffit donc à assurer la sécrétion de cette hormone circulatoire; la suppression de cette minime partie, comme d'ailleurs la pancréatectomie totale, supprime toute sécrétion de l'hormone.

F. a obtenu des résultats remarquables dans des cas de gangrène par artérite du membre inférieur en injectant du *Kallikrein;* dans 2 cas de claudication intermittente avec violentes douleurs, les résultats ont été des plus probants. Comme il s'agit d'obtenir une action durable, et non une action passagère, il faut, de préférence aux injections intraveineuses de *Kallikrein*, substituer les injections intramusculaires. La dose à injecter varie de 3 unités à 12 unités, le traitement étant suivi pendant plusieurs semaines. La maladie de Raynaud, l'artério-sclérose, la gangrène diabétique sont justiciables du traitement par le *Kallikrein*. Actuellement, ce produit est fabriqué dans le commerce sous le nom de *Padutin*.

P. Wilmoth.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Munich)

E. v. Thurzo. ***Comment combattre les manifestations consécutives à la ponction sous-occipitale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXVIII, n° 35, 28 Août 1931). — Pratiquant systématiquement la ponction sous-occipitale depuis 1924, T. n'a observé d'incidents que dans un nombre infime de cas et ces manifestations se sont toujours montrées d'une extrême bénignité. Il préconise donc cette technique qui lui paraît très supérieure à la ponction lombaire habituelle, en particulier lorsqu'il s'agit de malades ambulatoires.

Pour éviter ou atténuer les malaises légers parfois ressentis, l'administration de pyramidon et d'antipyrine avec de la belladone et une dose minime de luminal donnera de très bons résultats. Par contre, l'opium et ses dérivés seraient à éviter sous peine de déterminer une libération du vague et des vomissements. L'adrénaline, l'éphédrine ou la pituitrine pourront être parfois administrés si le sujet présentait des troubles légers à la suite de sa ponction.

G. Dreyfus-Sée.

K. Schübel. ***Bases pharmacologiques de l'action de la quinine sur l'utérus*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 40, 2 Octobre 1931). — L'action de la quinine sur l'utérus est fonction de la voie d'introduction de ce médicament dans l'organisme et de la dose employée. La quinine est un médicament excitant ou inhibant du sympathique. Sur un utérus de lapin isolé, les faibles concentrations sont excitantes alors que les concentrations élevées déterminent rapidement une paralysie. Les phénomènes sont différents cependant lorsqu'on envisage des organes à innervation plus complexe, tels que le cœur et l'œil.

En pratique obstétricale, la quinine doit certainement être utilisée à dose moins élevée qu'il n'est actuellement d'usage. 1 à 2 milligr. de chlorhydrate de quinine par kilogramme de poids en injection intra-musculaire suffisent pour déclancher le travail en une à deux heures. Il y a d'ailleurs intérêt à employer des solutions aussi concentrées que possible et certaines préparations spécialisées fournissent à ce point de vue des résultats très satisfaisants. L'injection intra-musculaire plus vite et plus complètement résorbée permet une précision posologique plus grande que les autres voies d'introduction.

De petites quantités de quinine sensibilisent l'utérus vis-à-vis d'excitations chimiques et mécaniques, et en particulier les extraits de lobe postérieur d'hypophyse deviennent actifs à doses minimes, habituellement insuffisantes. Les recherches pratiquées sur l'utérus gravide de chatte ont montré que l'excès de quinine paralysait l'utérus de telle façon qu'il ne réagissait plus ou très faiblement à l'injection ultérieure d'hypophyse. Cette inhibition disparaît après élimination de la quinine, et un travail intense peut lui succéder. Il est probable que la quinine est fixée durant la grossesse et le post-partum par les filets terminaux de l'hypogastrique et par la musculature utérine.

L'influence de la médication quininique est d'ailleurs modifiée par l'action des glandes endocrines et comporte également des variations en rapport avec le milieu humoral (ionique). En outre, l'action vaso-dilatatrice du médicament et les modifications du système nerveux végétatif auquel il commande ont une importance non négligeable. Selon que le sujet sera plutôt sympathico- ou parasympathico-tonique, ses réactions seront donc différentes, et ces facteurs individuels expliquent maintes variations dans les résultats obtenus.

Dans plusieurs cliniques gynécologiques, l'action plus constante et plus efficace de la quinine à petite dose sur le travail a paru nettement supérieure à l'utilisation des doses élevées et répétées autrefois employées. Il est probable aussi que l'emploi judicieux de combinaisons de quinine et de lobe postérieur d'hypophyse permettra de diminuer les doses de ces 2 médicaments tout en obtenant de meilleurs résultats.

G. Dreyfus-Sée.

W. Milbradt. ***Etiologie et thérapeutique de la crise nitritoïde et de l'érythrodermie du salvarsan*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 44, 30 Octobre 1931). — Les 2 principaux accidents des traitements arsenicaux sont la crise nitritoïde et l'érythrodermie, manifestations dont le déterminisme demeure obscur.

Deux théories essentielles ont été soutenues en ce qui concerne la crise nitritoïde.

1° Trouble primitif colloïdoclasique dû à une précipitation des albumines et une agglutination des hématies. *In vitro* les préparations arsénobenzoliques modifient en effet l'état colloïdal du

sérum et, d'autre part, les doses excessives déterminent chez les animaux des embolies pulmonaires multiples vérifiées anatomo-pathologiquement.

2° Trouble de l'équilibre vago-sympathique au profit du vague, déterminant le complexe angioneurotique. Le salvarsan est en effet un excitant du sympathique qui, employé à haute dose, possède une action inverse, paralysante, du sympathique.

En outre, les malades ayant présenté des crises nitritoïdes se sont révélés vagotoniques et leur fonctionnement endocrinien était habituellement troublé.

Ces deux théories entraînent des conceptions thérapeutiques différentes : soit emploi de substances actives au point de vue physico-chimique : sérum salé, alcalins, sucre, etc., soit médication excitante du sympathique ou inhibante du vague : adrénaline, calcium, hypnotiques agissant sur le système nerveux central, etc.

Les expériences de M. ont consisté à mesurer la stabilité colloïdale du sérum de lapin *in vitro* et *in vivo* après adjonction de substances variées. Ces substances étaient ensuite contrôlées exactement au point de vue de leur toxicité pour la souris.

Parmi les facteurs augmentant la stabilité colloïdale sérique, les expériences ont mis en évidence : la diminution de la tension superficielle déterminée par les alcalins ou les savons, par exemple, l'augmentation de la viscosité par le sucre, l'action protectrice exercée par les substances colloïdes hydrophiles telles que la gélatine et le sérum, la déshydratation produite par l'adjonction de substances hypertoniques et évitée plutôt par les alcalis que par les métaux alcalino-terreux. Aucun parallélisme n'existait entre les variations de la stabilité sérique et la toxicité pour la souris.

Ainsi les substances protectrices lors de l'expérimentation animale, telles que les hypnotiques centraux, le sulfate de magnésie et l'hypophysine, ont peu d'influence sur la structure colloïdale du sérum. Les substances augmentant la tolérance arsenicale agissent directement ou indirectement sur le système vasculaire. Enfin, la tolérance est accrue par la combinaison de plusieurs substances actives, les unes par augmentation de la stabilité du plasma, les autres par protection du système vasculaire.

En pratique, un hypnotique central doux serait surtout efficace pour prévenir ou atténuer le shock arsenical.

Sans nier l'action du salvarsan sur la structure colloïdale du plasma, M. en arrive cependant à ne pas accepter la théorie physicochimique en tant qu'explication unique du phénomène.

Il y a en effet : 1° impossibilité de précipitation avec le p_H à variations limitées du sang ; 2° innocuité relative du salvarsan dans des états qui s'accompagnent d'augmentation des globulines et de tendance précipitante, tels que la grossesse, et par contre danger fréquent chez des sujets avec système vasculaire instable, vagotoniques, basedowiens, etc. ; 3° absence de parallélisme entre la toxicité et la tendance floculante dans les solutions salvarsaniques abandonnées à l'air ; 4° influence favorable des substances commandant au système vasculaire opposée à l'action très limitée des substances stabilisatrices de l'équilibre colloïdal.

Une deuxième série d'expériences sur le fonctionnement hépatique des sujets atteints d'érythrodermie arsenicale, l'efficacité du traitement de ces dermatoses par les extraits hépatiques, amène M. à considérer la lésion hépatique ou l'insuffisance fonctionnelle du foie comme essentielle dans le déterminisme des accidents cutanés graves du traitement arsenical.

G. Dreyfus-Sée.

R. Trumpp. ***Nouveau traitement des myalgies (résultats de la cataphorèse par les ions histamine d'après la méthode de Deutsch)*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 44, 30 Octobre 1931). — Toutes les méthodes thermiques, mécaniques, chimiques de traitement des myalgies ou rhumatismes musculaires se ramènent en fin de compte à une thérapeutique hyperhémiante. C'est également ce but qu'a poursuivi Deutsch dans ses essais de traitement par l'histamine. Il semble que la substance cutanée déterminée par excitation cutanée mécanique (dermographisme) ainsi que la substance vaso-dilatatrice libérée au cours du travail musculaire soient analogues à l'histamine.

L'essai thérapeutique de l'histamine au cours des myalgies rhumatismales était donc logique et Deutsch après avoir tenté des injections de ce médicament a préconisé ensuite une ionisation introduisant l'histamine par voie cutanée locale directe sur la région douloureuse. T. a appliqué ce mode de traitement chez 100 malades atteints de douleurs variables : algies du bras spontanées ou après fractures, sciatiques, lombagos, douleurs de nuque avec céphalée, etc., et a obtenu une amélioration notable allant souvent jusqu'à une rapide guérison, dans 81 pour 100 des cas.

Cette méthode simple et efficace mérite donc d'être retenue. G. Dreyfus-Sée.

Bingold et Spier. ***Contribution à l'étude de la culture directe du bacille tuberculeux dans le sang*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 45, 6 Novembre 1931). — Des essais anciens de culture du bacille de Koch dans le sang de tuberculeux évolutifs avaient échoué, et les auteurs poursuivaient leurs études lorsque Löwenstein publia sa statistique d'hémocultures positives en proportions importantes dans diverses bacilloses viscérales et constamment au cours du rhumatisme articulaire aigu.

B. et S. ont repris leurs recherches en appliquant la méthode préconisée par l'auteur viennois à l'exception de l'emploi de sa seringue ampoule spéciale citratée « Hämant » à laquelle ils ont substitué une seringue ordinaire contenant une solution citratée.

Ils n'ont cependant pas réussi à obtenir de culture du BK, ni chez des tuberculeux pulmonaires ni chez des rhumatisants aigus.

L'objection de Löwenstein d'un échec de la culture lors de rhumatisme traité par le salicylate ne paraît guère à retenir, car on sait que ce médicament est totalement incapable de détruire le bacille de Koch aussi bien lors de septicémies tuberculeuses qu'au niveau de foyers localisés bacillaires.

R. Schindler et H. Sielmann. ***Le contrôle gastroscopique des images radiostéréoscopiques de la muqueuse gastrique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 47, 20 Novembre 1931). — L'intérêt de cette méthode nouvelle de diagnostic radiologique peut être considérable à condition d'offrir une sécurité suffisante. Si les résultats des radios en relief de lésions importantes ont pu être contrôlés lors de l'autopsie, il n'en est pas de même de l'appréciation de valeur des résultats fournis dans les lésions minimes pour lesquelles le diagnostic est souvent malaisé. L'examen gastroscopique constitue un moyen de contrôle précieux à l'aide duquel S. et S. ont entrepris la critique de la méthode.

Leurs recherches les amènent à considérer que la méthode des images radio-stéréoscopiques est primordiale et indispensable pour l'établissement d'un diagnostic d'affection gastrique.

Les carcinomes sont presque toujours décelables. L'interprétation des altérations stéréoscopiques de la région immédiatement infra-cardiaque doit être particulièrement prudente.

Les polypes sont révélés par un examen attentif et soigneux.

L'ulcère rond est le plus souvent nettement apparent. Par contre, à l'exception des cas graves de gastrite hypertrophique verruqueuse, la méthode stéréoscopique est peu applicable au diagnostic des gastrites chroniques mêmes accentuées. Enfin, on peut rencontrer des difficultés sérieuses dans l'appréciation des estomacs opérés et des ulcères peptiques du jéjunum.

G. Dreyfus-Sée.

F. Lickint. ***Intoxication non mortelle avec 500 milligrammes de scopolamine*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 47, 20 Novembre 1931). — L'appréciation de la dose minima toxique de scopolamine est très variable. Des observations contradictoires ont été publiées, les unes concernant des accidents mortels chez des sujets qui avaient reçu des doses peu élevées de scopolamine associée à la morphine, les autres notant la survie de malades à qui avaient été injectées des doses plus importantes de ces produits.

L'observation de L. est celle d'un pharmacien qui, dans un but de suicide, avala 500 milligr. de scopolamine et survécut malgré l'intervalle de 3 heures entre l'ingestion du toxique et les premiers soins : lavage d'estomac et administration d'antidote.

Cette curieuse innocuité d'une dose qui dépasse notablement les quantités habituellement toxiques mortelles comporte selon L. de multiples explications :

1° L'administration digestive est certainement beaucoup moins toxique que la voie sous-cutanée ; une partie de l'alcaloïde ingéré est retenue par le foie et ne parvient que plus lentement et plus tardivement dans la circulation.

2° La sensibilité individuelle qui a déjà été invoquée, lors de nombreuses intoxications par les alcaloïdes, joue ici un rôle indiscutable.

3° La toxicité de la scopolamine dépend partiellement de son activité réfractométrique, la scopolamine lévogyre étant 2 à 4 fois plus nocive que la scopolamine inactive.

4° Le point capital selon L. serait l'association avec un autre alcaloïde, habituelle lors de l'emploi de scopolamine dans un but hypnotique. On utilise ordinairement la morphine et celle-ci est administrée souvent à dose assez élevée (jusqu'à 6 centigr.) ; or, on sait que son action est notablement renforcée par l'association de scopolamine. De telle sorte, que des quantités relativement faibles pourraient, dans ces conditions, devenir dangereuses. Par contre, la scopolamine absorbée isolément serait peu toxique ; ainsi la quantité minima mortelle de scopolamine ne peut être établie avec certitude, cette dose différant notablement selon le mode d'administration. Par voie sous-cutanée la limite est particulièrement difficile à préciser, la plupart des observations concernant des accidents dus à l'injection simultanée d'un autre alcaloïde. Il semble cependant que la scopolamine seule puisse être tolérée sans risque jusqu'à 10 milligr., probablement davantage. Par voie digestive, la tolérance est certainement beaucoup plus grande, puisque dans le cas publié elle a pu atteindre 500 milligr.

G. Dreyfus-Sée.

THE LANCET
(Londres)

N. Mutch. ***Le radium par la bouche ou en injections dans le traitement de l'hypertension artérielle*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5645, 7 Novembre 1931). — Les sels de radium ont une action hypotensive nette, même à doses infinitésimales. Contrairement aux autres hypotenseurs, l'action du radium est durable, et persiste souvent très longtemps après la suppression du médica-

ment. Aussi mérite-t-il une place à part dans le traitement de l'hypertension artérielle.

Les doses employées doivent être très faibles, car le radium est très toxique; de plus, comme le plomb, il s'accumule dans les viscères, n'étant éliminé que très lentement par voie intestinale. M. recommande une dose quotidienne de 0,5 à 2 microgrammes de bromure de radium par voie intraveineuse, et une dose totale ne dépassant pas 9 microgrammes. Ces doses laissent une très importante marge de sécurité. D'ordinaire, M. administre ensuite par la bouche des doses de 0,05 microgrammes chaque jour, pendant quelques semaines.

Les résultats sont excellents: en moyenne, chute de tension de 3 à 5 cm. de mercure. Il n'y a aucune contre-indication.

R. Rivoire.

W. Russel. ***Caractères de l'hérédité de l'atrophie optique de Leber*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5645, 7 Novembre 1931). — L'atrophie optique de Leber est une affection héréditaire, qui suit la loi mendelienne de l'hérédité; elle frappe uniquement les mâles, et se transmet par les femmes, comme l'hémophilie. Cependant, la loi de Mendel n'explique pas entièrement la transmission de la maladie: il y a de nombreuses exceptions, comme d'ailleurs dans l'hémophilie. R. a observé 3 cas d'atrophie optique chez 3 frères, dont aucun antécédent ne présentait cette affection pendant trois générations, contrairement à la règle. Mais leurs parents étaient consanguins, et c'est sans doute à ce fait qu'il faut attribuer le renforcement d'une tare transmissible latente jusque-là. Il est intéressant de savoir qu'un autre cas d'atrophie optique survint dans la même génération, chez un cousin. Pourquoi une telle exclusivité pour cette génération? La loi de Mendel est impuissante à l'expliquer.

R. Rivoire.

Ibrahim Sabry. ***Sur la nature chimique de la toxine de la pellagre; et le traitement de la pellagre par l'hyposulfite de soude*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5645, 7 Novembre 1931). — S. s'appuyant sur les expériences de Bruno Bloch, qui pense que la pigmentation cutanée est due à l'oxydation par une diastase cutanée d'une dioxyphénylalanine provenant de certaines albumines végétales, attribue la pigmentation de la pellagre à un processus analogue. Pour lui, la pellagre serait due à une intoxication par la dioxyphénylalanine des fèves; on sait que la pellagre a souvent été attribuée à une consommation excessive du maïs: or, les peuples qui consomment le maïs sont aussi de grands consommateurs de fèves, notamment les Egyptiens.

S. traite la pellagre avec succès par des injections intraveineuses d'hyposulfite, et y voit un argument un faveur de la pellagre due à une intoxication: en fait, les injections d'hyposulfite de soude améliorent une quantité d'affections dermatologiques qui n'ont rien à voir avec une intoxication, car c'est un excellent médicament désensibilisant.

R. Rivoire.

W. Anderson. ***Un cas d'anémie pernicieuse dite hépatorésistante, guérie par injection d'extraits hépatiques*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5645, 7 Novembre 1931). — A. rapporte l'intéressante observation d'un malade âgé de 71 ans qui, atteint d'anémie pernicieuse grave avec achylie gastrique, n'avait été amélioré en rien par trois mois de traitement au foie et à l'extrait d'estomac. A ce moment, le nombre des hématies était de 1 million, et l'état général extrêmement grave. On commença alors des injections d'extrait hépatique (Hepatex P. A. F.) qui amenèrent très rapidement une amélioration considérable. Celui-ci était injecté chaque jour à la dose de 5 cmc, les premiers jours par voie intraveineuse, puis par voie sous-cutanée. Après trois semaines de traitement, le chiffre des hématies était remonté à 3.000.000, l'état général transformé.

Cette observation est très intéressante, car elle montre que l'hépato-résistance des anémies est quelquefois due à l'administration orale des médicaments anti-anémiques. Il faut donc avant de conclure à l'hépato-résistance d'un malade atteint d'anémie pernicieuse essayer un traitement par voie sous-cutanée ou intraveineuse.

H. Mackay et S. Rose. ***Carence de vitamine D, carie dentaire et hypertrophie des amygdales*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5649, 5 Décembre 1931). — Mme Mellanby ayant publié récemment un travail important, dans lequel elle assignait un rôle capital à l'insuffisance de vitamine D dans la pathogénie de la carie dentaire, M. et R. ont cherché à vérifier cliniquement une des affirmations de Mme Mellanby: la carie dentaire se développerait électivement sur les dents hypoplasiées, et cette hypoplasie dentaire est liée à une insuffisance vitaminique de la première enfance. Pour cela, 40 enfants, soignés au Queen's Hospital de Londres dans les années précédentes pour rachitisme indiscutable, furent convoqués, un examen de leur dentition fut fait et comparé avec celui de 40 enfants témoins n'ayant pas eu de rachitisme, mais appartenant à un milieu social analogue. L'hypoplasie dentaire ne fut observée que dans le groupe des enfants rachitiques, où elle existait dans 22 pour 100 des cas. Cependant, les enfants de ce groupe ne présentaient pas de tendance à la carie des dents permanentes plus marquée que les témoins. Il est vrai que l'âge des enfants (6 à 10 ans) ne permettait qu'une enquête insuffisante sur ce point. D'autres travaux sont nécessaires avant de pouvoir accepter l'hypothèse séduisante de la carie dentaire, maladie par carence.

R. Rivoire.

J. Galloway. ***Les plaquettes sanguines après splénectomie*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5649, 5 Décembre 1931). — G., ayant opéré trois malades atteints de thrombo-cytopénie, a étudié les variations du chiffre des plaquettes après splénectomie. Les résultats concordent avec ceux déjà publiés: augmentation formidable du chiffre des plaquettes pendant quelques jours, avec point culminant voisin du million vers le onzième jour, puis descente progressive et stabilisation à un chiffre un peu supérieur au chiffre primitif. Plus intéressantes sont les numérations faites sur du sang prélevé au cours de l'intervention dans l'artère et la veine splénique (le chiffre du sang veineux est inférieur de plus d'un quart à celui du sang artériel), et celle faite sur du sang prélevé dans la rate quelques secondes après la splénectomie: le sang splénique contenant 400.000 plaquettes, alors que le sang de la veine splénique en contenait seulement 50.000. Ces résultats sont une intéressante confirmation du rôle destructeur de la rate vis-à-vis des globulines, et de l'exagération de ce processus au cours des purpuras thrombo-cytopéniques.

R. Rivoire.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

Blau. ***Etude sur les réactions leucocytaires après transfusion sanguine*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXI, n° 25, 20 Juin 1931). — B. a tenté d'étudier les modifications de la formule blanche après transfusion de sang normal, chez des malades de 4 catégories: anémies post-hémorragiques; états hémolytiques; tumeurs malignes; infections. Chez les 13 malades observés, la formule sanguine correspondait approximativement à celle qui est habituellement constatée au cours de l'affection en cause. Après la transfusion, par contre, on constatait, tant immédiatement qu'au cours des examens pratiqués plus tardivement, des modifications importantes, mais très variables, portant sur tous les éléments de la formule blanche.

Dans l'ensemble, la plupart de ces modifications peuvent être attribuées à une réaction de la moelle osseuse comme en témoigne la monocytose fréquente. Dans plusieurs cas, particulièrement ceux de tumeurs malignes, on observe une lymphocytose notable. Les modifications tendant à rapprocher la formule sanguine de la normale sont dues sans doute au mélange du sang du donneur au sang du malade. Enfin, la réaction médullaire ne semble pas être influencée par l'identité ou la différence de groupe sanguin du donneur et du receveur.

G. Basch.

Zeidler. ***Le psoriasis maladie de sensibilisation*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXI, n° 26, 27 Juin 1931). — Z. signale l'action thérapeutique des extraits polliniques sur le psoriasis, action qu'il eut l'occasion d'observer chez 4 malades traités pour rhume des foins, et qui étaient en même temps porteurs de psoriasis étendu. Ces remarques ont été le point de départ d'études plus approfondies. Il a constaté, par comparaison avec des sujets indemnes, que les psoriasiques même indemnes de rhume des foins réagissaient aux cutiréactions polliniques. Il a noté en outre un parallélisme remarquable entre l'intensité de la cutiréaction au pollen et celle des poussées psoriasiques, la cuti devenant au contraire négative pendant les rémissions de la maladie, ce qui permettrait, dans une certaine mesure, de les prévoir.

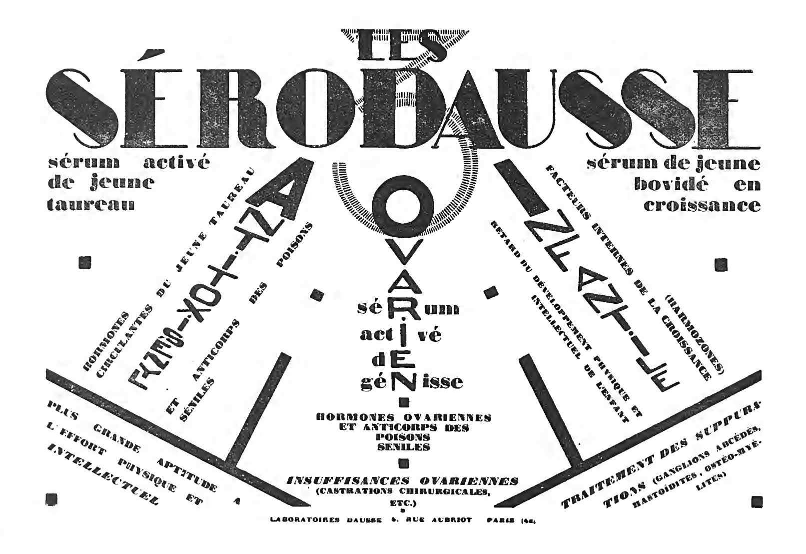
Enfin, certains malades, indemnes jusque-là de rhume des foins et de coryza spasmodique, présentèrent quelques accès de ces affections pendant la cure du psoriasis par les extraits polliniques.

Z. a été frappé de la coïncidence fréquente de psoriasis et de rhume des foins (4 cas sur 22). Mais, même chez les sujets indemnes de rhume des foins, on observait, au début du traitement pollinique, une réaction focale avec congestion, prurit, et desquamation considérable des placards psoriasiques. Tous ces faits conduisent Z. à édifier une théorie pathogénique nouvelle tendant à considérer le psoriasis comme une maladie de sensibilisation.

G. Basch.

Scherler. ***Traitement du psoriasis par les extraits de pollen*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXI, n° 26, 27 Juin 1931). — S. a expérimenté la méthode de Zeidler. Bien que l'efficacité de cette thérapeutique et la rapidité de son action varient suivant les sujets, il a néanmoins obtenu d'excellents résultats chez la plupart de ses malades. Il insiste sur le fait que l'intensité et la rapidité de l'action des extraits polliniques dépendent du choix et de l'emploi judicieux des extraits spécifiques, choix et posologie qui doivent être le résultat d'une observation attentive des effets du traitement chez les psoriasiques. Les injections devant être séparées par des intervalles de 2 à 3 jours, la durée du traitement est à peu près la même que lorsqu'on emploie les traitements ordinaires. Des recherches ultérieures devront encore montrer comment se comportent les malades traités par cette méthode vis-à-vis des récidives, mais S. la considère dès à présent comme une des bonnes thérapeutiques du psoriasis.

Pour l'auteur, il s'agirait d'une protéinothérapie d'origine végétale. Il a en effet obtenu, avec la protéinothérapie banale, de très bons résultats dans le psoriasis. Le produit le plus actif a été la tuberculine vieillie, sans doute parce que les albumines, issues du bacille de Koch, étaient plus proches des albumines végétales que les albu-


LES
SÉRODAUSSE
sérum activé de jeune taureau
sérum de jeune bovidé en croissance
HORMONES CIRCULANTES DU JEUNE TAUREAU
ET ANTICORPS DES POISONS SÉNILES
PLUS GRANDE APTITUDE A L'EFFORT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL
OVARIEN
sérum activé de génisse
HORMONES OVARIENNES ET ANTICORPS DES POISONS SENILES
INSUFFISANCES OVARIENNES
(CASTRATIONS CHIRURGICALES, ETC.)
FACTEURS INTERNES DE LA CROISSANCE (HARMOZONES)
RETARD DU DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT
TRAITEMENT DES SUPPURATIONS (GANGLIONS ABCÉDÉS, MASTOÏDITES, OSTÉO-MYÉLITES)
LABORATOIRES DAUSSE 4, RUE AUBRIOT PARIS (4e)

mines d'origine animale contenues dans le lait, le caséosan, etc.

Le traitement par les extraits de pollen spécifiques serait la forme la plus active de cette thérapeutique en raison de cette spécificité, chaque psoriasique réagissant à un extrait pollinique particulier, tout comme les malades atteints de rhume des foins.

S. ajoute quelques réflexions suggérées par l'observation clinique de nombreux psoriasiques: il a vu chez 4 femmes, d'âges très différents, apparaître un psoriasis peu après une castration totale. Cette affection pouvant également apparaître après vaccination ou après n'importe quelle maladie infectieuse, S. suppose que ces différentes manifestations déterminent dans l'organisme des modifications de même ordre, portant sur les glandes endocrines, et peut-être le système neuro-végétatif.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Raimer. ***Contribution à l'étude des pneumokonioses*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XCIV, n° 31, 31 Juillet 1931). — La reconnaissance de la silicose comme maladie professionnelle a provoqué un regain d'intérêt pour cette affection. C'est en effet la plus grave des pneumokonioses: survenant chez les carriers, les ouvriers en porcelaine, les polisseurs de métaux, elle rend chaque année inaptes au travail un grand nombre d'hommes dans la force de l'âge, souvent gravement atteints en raison d'une tuberculose pulmonaire secondaire. Si, dans les autres pneumokonioses, il ne s'agit, en effet, que d'une simple fixation des poussières (charbon ou autres) sur le parenchyme pulmonaire, avec transport par voie lymphatique dans les ganglions bronchiques, sans phénomènes réactionnels, il a été prouvé, par contre, que le dépôt des poussières de quartz entraîne des modifications considérables du parenchyme et qu'il s'agit là d'une action chimique et non mécanique.

L'agent chimique nocif serait la silice (SiO^2) qui constitue le quartz minéral. Ce corps, très difficilement soluble, et très résistant à l'action des acides, est par contre facilement amené à la forme colloïdale, très toxique. C'est ce qui se passe dans l'organisme, où les solutions colloïdales de silice se comportent comme un poison du protoplasma: injectées sous la peau, elles déterminent une nécrose rapide.

En ce qui concerne les poussières introduites par inhalation dans les alvéoles pulmonaires, une partie franchit la paroi et pénètre dans le tissu conjonctif interalvéolaire d'une part, péri-bronchique, péri-vasculaire et sous-pleural, d'autre part, gagnant ces derniers par voie lymphatique. L'autre partie reste dans les alvéoles. Il se constitue ainsi des amas inter ou extra-alvéolaires qui constituent par suite de la réaction cellulaire périphérique et de la prolifération conjonctive qu'ils entraînent de véritables nodules entourés par une dense coque conjonctive, « nodules des tailleurs de pierres » qui finissent par confluer et envahir de grands territoires pulmonaires.

G. Basch.

Raimer. ***Contribution à l'étude des pneumokonioses*** [*suite*] (*Wiener klinische Wochenschrift*), tome XCIV, n° 32, 7 Août 1931). — R. a eu l'occasion de faire un examen anatomo-pathologique macroscopique et microscopique détaillé des poumons de 12 malades atteints de silicose avancée et a vérifié les faits énoncés dans le précédent article. Ces constatations anatomiques concernent des états avancés de la maladie; les processus de début donnent lieu à des modifications radiologiques alors même que manque toute manifestation clinique.

Ickert distingue 3 stades:

1° Augmentation des ombres hilaires; état marbré du parenchyme; pinceautage;

2° Aspect tacheté et floconneux;

3° Ombres épaisses pseudo-tumorales, le stade 2 étant le plus caractéristique.

R. a tenté de faire de ces aspects radiologiques la traduction d'états anatomiques précis: les phagocytes se chargeant des poussières inhalées migrent à travers les voies lymphatiques et les obstruent; le deuxième stade correspond à la présence de nodules siliceux dans le tissu conjonctif du poumon. Enfin, pour Movrogordato, le troisième stade correspond à un processus infectieux surajouté, constituant des pseudo-tubercules. On observe un épaississement des endothéliums vasculaires, dû probablement à l'irritation du tissu interstitiel pulmonaire par les poussières inhalées. Ce processus peut aboutir à une thrombose complète du vaisseau, suivie d'une recanalisation.

Plus récemment, on a invoqué dans la pathogénie des formes nodulaires un processus tuberculeux surajouté; on connaît, en effet, la fréquence de la tuberculisation de ces malades. Les expériences de Jötten et Arnoldi inoculant des animaux à l'aide du bacille de Koch et les soumettant à l'action des poussières ont montré qu'à la différence des poussières calcaires qui exercent une action favorable sur le processus tuberculeux, les poussières métalliques, la porcelaine, le charbon, la suie favorisaient au contraire ce processus.

L'inoculation sous-cutanée à des cobayes infectés de poussières siliceuses a montré à Peisachowitsch que les foyers tuberculeux se localisaient plus volontiers dans les régions occupées par ces poussières.

G. Basch.

Lévai. ***Traitement du hoquet épidémique par les injections intradermiques d'atropine*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XCIV, n° 32, 7 Août 1931). — Après quelques considérations sur le hoquet épidémique, L. expose clairement le mode d'action des injections intra-dermiques d'atropine, la technique du traitement et les résultats obtenus.

L'injection intra-dermique d'atropine a pour effet *immédiat* d'arrêter définitivement ou de suspendre temporairement le phénomène du hoquet. Cet arrêt immédiat n'est nullement dû à l'atropine elle-même dont la résorption intra-cutanée est fort lente, mais à l'irritation intra-dermique et au réflexe qu'elle provoque: l'injection intra-dermique d'autres substances, comme l'a vérifié L., est, en effet, susceptible de déterminer le même arrêt immédiat. Dans un deuxième temps seulement se fait sentir l'action pharmaco-dynamique spécifique de l'atropine qui inhibe le parasympathique: les petits phénomènes d'intolérance, mydriase, sécheresse de la bouche apparaissent au plus tôt trois ou quatre heures après l'injection.

Les injections doivent être pratiquées avec le plus grand soin. Le lieu d'élection est la région inter-scapulaire où le chorion est épais et riche en terminaisons nerveuses. Le malade étant assis les bras croisés sur la poitrine, on enfonce l'aiguille à intra-dermo presque parallèlement à la surface, le biseau tourné vers celle-ci, et on injecte lentement 0,10 à 1,15 cmc d'une solution d'atropine à 1 pour 100 en plein derme; une sensation de résistance, une douleur assez vive et l'aspect de peau d'orange des téguments au moment et au lieu de l'injection sont les signes qu'elle est bien intradermique et non sous-cutanée. On doit éviter de pratiquer la piqûre dans des régions hyper ou para-kératosiques.

Sur 32 cas traités depuis 1924, L. n'a observé que 3 cas qui furent réfractaires à cette thérapeutique. Sur les 29 cas traités avec succès, 19 furent guéris après une seule injection et 10 durent subir une seconde injection vingt-quatre heures plus tard. Dans plusieurs cas, le hoquet disparaissait définitivement, immédiatement après la piqûre; dans les autres, après un temps plus ou moins long reparaissaient quelques secousses de hoquet moins intenses qui cessaient bientôt spontanément.

G. Basch.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Scholz. ***Diabète sucré et tuberculose pulmonaire*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXI, n° 2, 1931). — S. rapporte les résultats d'une étude portant sur 43 cas de diabète sucré compliqué de tuberculose pulmonaire de gravité variable. Voici les conclusions de S.:

La tuberculose pulmonaire est une complication d'autant plus grave pour le diabétique, qu'elle prend chez lui la forme exsudative. Le diabète est presque toujours l'affection initiale. Les plus sûrs moyens de diagnostic précoce de la tuberculose sont ici la radiographie et la mesure du temps de sédimentation. L'examen physique, la formule sanguine, la recherche des bacilles dans les crachats donnent des résultats parfois trompeurs.

Si la thérapeutique du diabète se réduit, dans les formes bénignes, au régime, dans les formes sévères, il faut avoir recours à l'insuline; on peut utiliser les mêmes doses que chez les non tuberculeux si l'on se contente de la disparition du sucre urinaire; mais le taux de la glycémie est beaucoup plus difficile à influencer que chez les diabétiques non bacillaires. Il faut tenter de le ramener à la normale à l'aide de fortes doses d'insuline chez les diabétiques porteurs d'une tuberculose pulmonaire bénigne, ou traitée chirurgicalement, car un tel résultat a une action favorable sur l'évolution du processus tuberculeux.

Afin de prévenir les accidents d'hypoglycémie, il est bon de répartir la dose quotidienne totale d'insuline en 3 ou 4 injections. Si ce mode de traitement est inefficace, on combine l'insulinothérapie à l'administration de synthaline; la glycémie doit être alors constamment surveillée.

Le traitement insulinique est susceptible de provoquer l'éveil d'une tuberculose pulmonaire latente, mais ce fait, rare, doit passer pratiquement au second plan.

Le traitement chirurgical de la tuberculose est possible chez les diabétiques bien traités par l'insuline, quand la tuberculose est reconnue précocement; le pneumothorax thérapeutique également.

Chez les diabétiques suffisamment traités, le pronostic de l'affection dépend de la forme et de l'extension de la bacillose pulmonaire.

G. Basch.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

S. G. Berkow. ***Types morphologiques chez les femmes présentant une stérilité constitutionnelle*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVIII, n° 2, Août 1931). — B. a étudié au moyen de l'anthropométrie 66 femmes chez lesquelles la stérilité semblait cliniquement dépendre exclusivement d'un facteur constitutionnel, leurs conjoints ayant d'autre part des spermatozoïdes actifs.

Il s'est basé sur les proportions de la surface du corps calculée d'après la formule linéaire de E. et D. Du Bois, qui nécessite 19 mensurations. Ces déterminations ne prennent pas trop de temps et n'exigent pas d'instruments spéciaux.

B. est arrivé ainsi à établir quatre types morphologiques dont trois doivent être considérés comme anormaux :

Type I ou *eumorphique* dont les proportions restent dans la série normale chez les femmes adultes. Dans ce type on peut distinguer deux sous-groupes, l'un caractérisé par des proportions normales, mais avec des surfaces réduites et des mensurations exiguës; l'autre, par la présence de caractères masculins. 55 femmes appartenaient au type I; 3 rentraient dans le premier sous-groupe et n'avaient été jamais réglées ou rarement réglées; il y avait de l'hypoplasie génitale et l'hormone sexuelle faisait défaut dans le sang. 6 cas se rangeaient dans le second sous-groupe et présentaient, outre les caractères masculins, des retards menstruels ou de l'aménorrhée, de la petitesse ou des anomalies de l'utérus.

Type II ou microsplanchnique ou longiligne, caractérisé par l'exiguïté des proportions du tronc contrastant avec celles de la tête et des membres. Les 2 femmes de ce type avaient de l'aménorrhée, de l'infantilisme génital, un cycle mensuel hormonal; leur métabolisme basal était normal.

Type III où les proportions du tronc l'emportent (bradymorphisme hyper-végétatif). Les 7 femmes de ce type étaient de petite taille, présentaient une obésité du tronc de la variété supérieure; les règles étaient irrégulières, le plus souvent retardées ou absentes; l'examen génital restait négatif ou montrait une légère hypoplasie; le métabolisme basal était peu modifié. Chez l'une d'elles existait une tumeur hypophysaire.

Type IV présentant les mêmes caractéristiques que le précédent, mais en plus des membres inférieurs massifs, de l'obésité en ceinture de la variété inférieure pelvienne et souvent des caractères masculins et de l'hirsutisme. Dans les 6 cas de ce type on trouvait une aménorrhée plus ou moins accusée, une hypoplasie génitale modérée ou marquée et, chez 3 femmes étudiées à cet égard, des anomalies par défaut du cycle sexuel hormonal.

L'étude approfondie de ces cas a révélé moins de variations à l'intérieur des types qu'entre les types. Néanmoins, dans chacun de ces types, se manifeste, à différents degrés, l'influence de diverses glandes. Il n'a pas été possible de savoir la glande qui devait être le plus incriminée dans chaque type. A cet effet de nouvelles recherches comparatives chez des femmes non stériles sont nécessaires avant de pouvoir tirer des conclusions à longue portée de cette étude. La classification proposée n'a que la valeur d'une ébauche préliminaire.

P.-L. Marie.

H. Stein, B. Longwell et **R. C. Lewis.** ***Le rôle de l'artichaut de Jérusalem dans le régime des diabétiques*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVIII, n° 2, Août 1931). — L'artichaut de Jérusalem (*Helianthus tuberosus*) a été recommandé dans l'alimentation des diabétiques en raison de sa richesse en insuline, qui par hydrolyse donne du lévulose, sucre qui serait plus facilement assimilé que le glycose. Cependant, certains auteurs, tels que Westcott et Wise, ont contesté la valeur de cet aliment chez les diabétiques.

S., L. et L., après avoir réduit la glycosurie à un taux à peu près constant chez leurs malades, ont introduit de l'artichaut de Jérusalem dans leur régime, soit en le substituant à d'autres hydrates de carbone pour savoir si les hydrates de carbone de ce légume sont mieux utilisés, soit en l'ajoutant au régime habituel pour voir si l'artichaut de Jérusalem contient quelque principe analogue à la glycokinine de Collip, qui stimulerait la combustion des hydrates ingérés.

De leurs recherches, il ressort que les hydrocarbonés de cette plante sont absorbés et utilisés par les diabétiques légers et moyens, mais pas mieux que les hydrates de carbone d'autre origine; on n'y trouve pas de substance analogue à l'insuline.

Dans les cas où l'on a obtenu un résultat apparemment favorable, c'est au prix de la production d'une énorme quantité de gaz intestinaux provenant des fermentations bactériennes, ce qui a pour conséquence une diminution simultanée de la quantité des hydrates de carbone assimilables, suffisante pour rendre compte de la baisse constatée dans la quantité de sucre éliminée. Il n'y a donc pas augmentation réelle de la tolérance aux hydrates de carbone.

S., L. et L. estiment que la réputation de l'artichaut de Jérusalem repose trop souvent sur des observations mal contrôlées, — il faut, en particulier, se méfier des variations spontanées de la tolérance aux hydrates de carbone, — et résulte à la fois d'un excès d'enthousiasme de l'observateur et de la tendance de l'esprit humain à anticiper sur les résultats, même au prix de conclusions erronées.

En somme, on peut donner des quantités modérées de ce légume aux diabétiques sans leur nuire; cette pratique a l'avantage de varier le régime forcément limité de ces malades.

P.-L. Marie.

A. L. Barach et **D. W. Richards.** ***Effets de l'oxygénothérapie dans l'asystolie*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVIII, n° 2, Août 1931). — B. et R. ont traité 8 malades présentant des formes diverses d'asystolie par l'oxygénothérapie méthodique, appliquée au moyen de la chambre à oxygène de Barach, qui permet de faire respirer les patients dans une atmosphère renfermant 45 pour 100 d'oxygène pendant des mois. La durée du traitement a varié entre trois et soixante jours. B. et R. ont suivi les modifications de la saturation du sang artériel par l'oxygène, de la teneur de ce sang en CO^2, de la ventilation pulmonaire, du *pH* du sang artériel et de la fréquence du pouls.

Les effets les plus accusés et les plus durables furent obtenus chez 3 malades qui tous avaient une asystolie avec stase circulatoire (asystolie avec sclérose du myocarde et artériosclérose généralisée, asystolie accompagnant un volumineux anévrysme de l'aorte, asystolie associée à une sclérose pulmonaire avancée chez un jeune homme). Chez ces sujets les résultats les plus frappants furent l'amélioration des symptômes subjectifs, la diminution de la cyanose, de la dyspnée et de la toux dès les premières heures du séjour dans la chambre, l'augmentation progressive de la diurèse et la disparition graduelle des œdèmes qui reparurent avec l'oligurie après le rétablissement d'une atmosphère à teneur normale en oxygène, tant que la compensation cardiaque ne fut pas rétablie.

Deux autres malades atteints de rhumatisme cardiaque évolutif avancé avec cyanose, congestion passive généralisée, œdèmes et fièvre irrégulière bénéficièrent aussi du traitement, quoique à un moindre degré. Un tuberculeux avancé, ayant subi la phrénicectomie, dyspnéique et cyanosé, mais sans cardiopathie, s'améliora également.

Objectivement, on constata chez tous ces malades une augmentation de la saturation du sang artériel en O parallèle à la diminution de la cyanose, une diminution de la ventilation pulmonaire et de la tachycardie, une élévation du taux de CO^2 dans le sang artériel d'interprétation difficile et un abaissement léger, mais constant du *pH* de ce sang.

Par contre, cette méthode resta inefficace chez 2 malades, une cardiopathie congénitale et un rétrécissement mitral ancien avec gros cœur et gros foie, mais sans œdèmes ni dyspnée marquée. A l'inverse des asystoliques qu'améliora l'oxygénothérapie, ces malades n'avaient qu'une cyanose modérée et la teneur de leur sang artériel en O était peu abaissée.

P.-L. Marie.

BULLETIN
of the
JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

C. H. Peckham. ***Diabète sucré et grossesse*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, t. XLIX, n° 3, Septembre 1931). — P. a étudié 17 grossesses chez 12 diabétiques et a suivi chez elles le taux de la glycosurie, de la cétose sanguine, celui de la glycémie, la réserve alcaline pendant la gestation et après l'accouchement.

6 avaient de 38 à 43 ans, l'une d'elles avait 16 ans, 4 présentaient au début de la grossesse une glycosurie légère sans présence de corps acétoniques dans l'urine, sans traitement insulinique. 2 ne présentaient ni glycosurie, ni cétosurie, sans administration d'insuline. 5 ne présentaient ni sucre, ni corps acétoniques dans les urines, mais cela grâce à des injections quotidiennes d'insuline de 15 à 55 unités. Chez les femmes ayant atteint ou dépassé la quarantaine, il s'agissait donc d'un diabète léger diagnostiqué peu avant la grossesse, ou durant celle-ci. 3 seulement semblent avoir présenté des diabètes graves nécessitant un traitement insulinique permanent, dans 2 cas durant depuis 2 ans.

Une de ces femmes mourut dans le coma diabétique au 8e mois, avant la délivrance. Les 17 autres grossesses aboutirent à 3 mort-nés et à une mort à la naissance. 4 de ces morts peuvent ne pas relever du diabète, 2 peuvent être dues à la syphilis, l'une au décollement prématuré du placenta et l'autre au pemphigus, 2 sont certainement en rapport avec la maladie maternelle. Il n'y eut pas d'hydramnios et une seule fois une méningocèle. 3 des nouveau-nés étaient au-dessous de leur poids et l'un d'eux dépassait 4 kilogr.

Durant les deux premiers tiers de la gestation, il y a presque toujours aggravation du diabète et nécessité d'un régime rigide et d'insuline à plus forte dose; mais si la femme enceinte est suivie minutieusement, une amélioration est notée à l'approche du terme et l'on peut souvent diminuer l'insuline.

Le travail se fait en bonne condition et la période puerpérale ne présente pas de danger spécial. Immédiatement après l'accouchement, l'hypoglycémie peut survenir.

L'amélioration notée à la fin de la gestation peut persister quelques semaines au moins après la délivrance. Cette amélioration coïncide souvent avec la lactation qui pourrait être continuée sans danger.

La toxémie gravidique est une complication fréquente.

A la condition de soins minutieux, il semble que la moyenne des femmes diabétiques puissent supporter une grossesse avec « un degré de sécurité raisonnable ».

Robert Clément.

REVISTA SUD-AMERICANA
DE ENDOCRINOLOGIA
INMUNOLOGIA Y QUIMIOTERAPIA
(Buenos Aires)

R. Ruiz. ***Une nouvelle forme clinique de la maladie de Hodgkin-Paltauf-Sternberg : la granulomatose à forme addisonienne*** (*Revista Sud-Americana de Endocrinologia, Inmunologia y Quimioterapia*, tome XIV, n° 8, Juillet-Août 1931). — Aucun résumé ne saurait rendre même l'essentiel de l'observation remarquable de R.

Cliniquement : des douleurs, des paresthésies, des crises jacksoniennes, de la mélanodermie, du myxœdème, de la micropolyadénopathie.

Anatomiquement : dans les cellules de Langhe-

rans de la peau, des mélanophores; dans les ganglions, une hyperplasie lymphoïde diffuse.

R. élimine la maladie d'Addison, la tétanie, l'épilepsie, le syndrome de Klippel, les méningites, les intoxications.

Au point de vue pathogénique, il conclut que les lésions du plexus solaire peuvent provoquer l'hypotension artérielle, par vaso-dilatation abdominale, et que cette hypotension est responsable, dans certains cas, de convulsions épileptiformes.

Il est donc légitime d'individualiser une nouvelle forme clinique de granulomatose, la forme addisonienne, dont l'observation de R. montre les caractères bien particuliers.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DE LOS HOSPITALES DE LA SOCIEDAD DE BENEFICIENCIA (Buenos-Aires)

C. M. Pintos. ***Recherches sur le liquide céphalo-rachidien des nouveau-nés*** (*Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficiencia*, tome V, n° 8, Mai 1931). —Découverte en 1897 chez l'adulte, étudiée depuis lors par de nombreux auteurs, notamment Froin, la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien semble avoir été remarquée seulement par Roberts en 1925 chez le nouveau-né: chez 423 nouveau-nés de race noire, cet auteur a trouvé un liquide teinté; dans une forte proportion d'entre eux, il a mis en évidence la présence de la bilirubine et d'hématies.

Garrahan, la même année, conclut d'une enquête, portant sur 200 ponctions lombaires de nouveau-nés, que la xanthochromie, la présence d'hématies, sont physiologiques, indépendantes d'un traumatisme obstétrical. Glaser, étudiant spécialement les prématurés, arrive aux mêmes conclusions.

P. sur 100 liquides, ainsi répartis. 25 nouveau-nés normaux, sans ictère; 25 mis au monde par césarienne; 25 par forceps; 25 prématurés, ictériques, trouve 98 liquides xanthochromiques.

La bilirubine a été mise en évidence dans 88 pour 100 de ces cas par la réaction de Van der Bergh: la présence de ce pigment n'explique donc pas dans 12 pour 100 des cas la xanthochromie, phénomène physiologique, indépendant des conditions de la naissance.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS DEL HOSPITAL DE NINOS ROBERTO DEL RIO (Santiago de Chili)

A. Alcaino. ***Relations naso-orbitaires dans l'enfance*** (*Archivos del Hospital de Ninos*, t. 11, n° 2, Juin 1931). — De cette étude anatomo-clinique, A. tire les conclusions suivantes:

1° Au moment de la naissance, l'ethmoïde renferme pour le moins 2 ou 3 cellules;

2° A la fin de la première année l'ethmoïde mesure en moyenne 1/2 centimètre de haut sur 2 à 4 millimètres de large et présente 3 à 5 cellules bien différenciées;

3° Entre 6 et 7 ans, l'ethmoïde atteint son plein développement;

4° A cette époque de la vie les sinus frontaux et sphénoïdaux commencent à se séparer nettement des cellules ethmoïdales. La différenciation est complète pour le sinus frontal entre 7 et 10 ans, pour le sinus sphénoïdal, aux environs de 12 ans;

5° Le sinus maxillaire prend sa forme définitive vers 6 ans. Les observations de complications orbitaires après atteinte de ce sinus sont exceptionnelles;

6° Cliniquement, toutes les complications orbitaires d'origine sinusale observées chez des enfants de moins de 7 ans sont d'origine ethmoïdale.

Par contre chez les enfants de plus de 7 ans ces complications ne permettent pas d'exclure une origine frontale ou sphénoïdale.

G. Schreiber.

POLSKA GAZETA LEKARSKA (Varsovie)

W. Mikulowski. ***Le rôle de la syphilis dans l'étiologie des bronchectasies chez l'enfant*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome X, n°s 41 et 42, du 11 Octobre et du 18 Octobre 1931). — M. rapporte 2 observations de dilatation des bronches, survenue à la suite de la coqueluche chez des enfants présentant des antécédents syphilitiques manifestes.

Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de 1 an qui, à la suite d'une rechute de coqueluche sous forme de pneumonie, fait de la dilatation des bronches. Les stigmates syphilitiques de l'enfant sont l'élastopathie, se manifestant par un gros ventre et la dilatation des veines. Dans le domaine des glandes endocrines, on note l'hypothyroïdie et l'hypotrophie générale. La dilatation des bronches rentre dans le cadre de l'élastopathie, elle est aussi l'expression d'une dystrophie endocrinienne.

La deuxième observation relate l'histoire d'une fillette de 11 ans qui, à la suite d'une coqueluche compliquée de pleurésie purulente, fait de la dilatation des bronches. Dans les antécédents héréditaires de l'enfant, on note un anévrysme de l'aorte du père. L'enfant elle-même a un Wassermann positif, présente une langue scrotale. Elle est microcéphale et atteinte de maigreur pathologique. De plus, elle présente de la dilatation des veines du thorax, du ventre et des cuisses. On note également une hyperexcitabilité nerveuse et de nombreux troubles vasculo-endocriniens. Comme dans le cas précédent, la bronchectasie s'est développée à la suite de la coqueluche, mais elle a été favorisée par la syphilis héréditaire de l'enfant qui a apporté une atteinte sérieuse à la qualité de son tissu élastique. L'amaigrissement pathologique de l'enfant fait supposer que la syphilis a atteint également les glandes endocrines et particulièrement l'hypophyse. Cette supposition est appuyée par l'existence des varices.

Cette dilatation des veines pourrait s'expliquer par l'influence de l'hypophyse sur le tonus des parois des veines. Par analogie, il semble que l'hypophyse pourrait exercer la même action sur tout le tissu élastique en général, et sur celui des bronches en particulier. La dilatation des veines et la bronchectasie feraient partie du même syndrome d'élastopathie endocrinienne.

Fribourg-Blanc.

SRPSKI ARHIV ZA CELOKUPNO LEKARSTVO (Belgrade)

A. Kostitch et **Mirjanitch.** ***Notre expérience avec la réaction de Zondek-Aschheim*** (*Srpski Arhiv za celokupno lekarstvo*, tome XXXIII, n° 11, Novembre 1931). — K. et M. rapportent 40 cas où la Zar les a aidés à poser un diagnostic sûr de grossesse. La réaction s'est montrée positive chaque fois où le fœtus était vivant quelle que fût sa grossesse extra-utérine; avec fœtus déjà mort, la Zar a été négative. La technique de Brouha a été très utilement appliquée dans la majorité des cas. Cette technique simplifie beaucoup la Zar et la rend rapide (vingt-quatre heures).

Yovtchitch.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Genner et **Nielsen.** ***Leucokératose et kraurosis du pénis*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XII, fasc. 3, Août 1931). — G. et N. rapportent 3 cas personnels de leucoplasie du prépuce et du gland survenus chez des sujets âgés respectivement de 25, 54 et 63 ans; ils relatent brièvement 51 cas recueillis dans la littérature de cette lésion plutôt rare, car elle est connue depuis longtemps.

Cette leucoplasie s'accompagne dans presque la moitié des cas de phimosis congénital; parfois le phimosis est acquis. Dans certains cas, on note une balano-posthite; ces 2 facteurs agissent comme agents d'irritation locale, le phimosis comme irritant mécanique, la balano-posthite comme irritant inflammatoire.

Contrairement à la leucoplasie buccale, la syphilis ne paraît pas être un facteur important dans l'apparition de la leucoplasie pénienne; sur 51 cas, 8 malades seulement avaient ou avaient eu la syphilis; chez un malade, la leucoplasie était antérieure à la syphilis. Le traitement antisyphilitique est d'ailleurs sans effet sur cette leucoplasie.

La leucoplasie pénienne peut dégénérer en cancer; sur 51 cas, 9 présentèrent ultérieurement un épithélioma baso-cellulaire ou mixte.

Une complication fréquente est la sténose de l'orifice urétral. Les malades se plaignent souvent d'un affaiblissement du désir sexuel et même d'impotence complète.

R. Burnier.

Wigodtchokof et **Goudelis.** ***La contagiosité du sperme des syphilitiques*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XII, fasc. 3, Août 1931). — La contagiosité du sperme des syphilitiques a été démontrée par de nombreux travaux: Finger et Landsteiner, Uhlenhut et Mulzer, M. Pinard, Hoch, Egerson et Engman, Lacoye.

W. et G. ont examiné à ce point de vue 14 syphilitiques: 4 syphilis primaires, 5 syphilis secondaires et 5 syphilis tertiaires.

Un seul cas fut trouvé positif; il s'agissait d'une syphilis secondaire récente. Le sperme examiné à l'ultramicroscope ne montra pas de tréponèmes, mais l'inoculation du sperme au testicule du lapin détermina 2 mois après l'apparition d'un chancre dur typique renfermant des tréponèmes.

L'examen du sperme est donc insuffisant pour établir la contagiosité d'un syphilitique; il faut en outre inoculer le sperme au lapin.

R. Burnier.

Besprosvanaia et **Schister.** ***La fréquence de la présence du tréponème pâle dans le col utérin*** (*Acta dermato-venereologica*, t. XII, fasc. 4, Sept. 1931). — La question de la présence du tréponème dans le mucus cervical des femmes ne présentant aucun signe manifeste de syphilis a fait l'objet de nombreuses recherches (Voerner, Lesser, Muller, Gellhorn et Ehrenfest, Fuchs). La sécrétion faiblement alcaline du canal cervical favorise la présence du tréponème dans ce canal, tandis que la sécrétion acide du vagin constitue pour le tréponème un milieu défavorable.

B. et S. ont recherché chez 101 femmes la présence du tréponème dans le mucus cervical.

1° 37 femmes (dont 7 prostituées qui niaient la syphilis et ne présentaient aucun signe clinique) avaient eu des rapports récents avec des syphilitiques. Le W. fut retrouvé 31 fois négatif et 6 fois fortement positif. Sur les 31 femmes on constata 3 fois (8,1 pour 100) le tréponème dans le col.

2° 9 femmes (dont 4 prostituées) avaient un chancre primitif, soit aux petites ou aux grandes lèvres (7 cas), soit au col (2 fois). Le tréponème fut trouvé dans le mucus cervical chez 4 femmes (44,4 pour 100) atteintes de chancre des lèvres; on ne le rencontra pas chez les 2 femmes atteintes de chancre du col.

3° Parmi 27 femmes atteintes de lésions secondaires, 18 avaient des lésions génitales et 9 n'en présentaient pas. Le tréponème fut trouvé dans le mucus cervical dans 10 cas (37 pour 100); 6 de ces femmes n'avaient aucune lésion génitale.

4° Sur 28 femmes atteintes de syphilis latente (dont 18 prostituées), 19 avaient un W négatif et 9 un W positf; la recherche du tréponème dans ces cas fut toujours négative.

R. Burnier.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR

(Paris)

G. Ramon. ***Sur l'immunisation antitoxique et la production des antitoxines; les mélanges d'antigène spécifique et de substances non spécifiques [tapioca, chlorure de calcium, etc.]*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVII, n° 4, Octobre 1931). — Ayant observé, grâce à la méthode de la floculation, que la teneur en antitoxine diphtérique du sérum de certains chevaux augmentait brusquement dans des proportions considérables parallèlement avec la réaction inflammatoire aboutissant parfois à un abcès au niveau de l'injection de la dernière dose de toxine, R, s'est livré à un certain nombre de recherches dans le but d'améliorer la production des antitoxines.

L'addition à l'antigène de substances non spécifiques augmente la production des antitoxines, mais point n'est besoin de provoquer un abcès septique et notamment l'adjonction de tapioca ou de chlorure de calcium à l'anatoxine ou à la toxine diphtérique augmente la richesse antitoxique du sérum.

L'anatoxine tétanique additionnée de chlorure de calcium à la dose de 0,5 pour 100, immédiatement avant l'injection ou 7 mois auparavant, détermine une abondante production d'antitoxine spécifique et représente donc, au point de vue pratique, un bon agent d'immunisation active dans la vaccination courante des animaux domestiques contre le tétanos.

La pratique des vaccinations associées anti-diphtérique et anti-typhoïdique constitue un perfectionnement dans les méthodes d'immunisation.

L'adjonction de substances non spécifiques à l'antigène raccourcit la période d'immunisation, produit chez les chevaux des sérums riches en antitoxine, qu'il s'agisse de diphtérie ou de tétanos, et prolonge la durée de production de l'antitoxine. 6 chevaux, qui avaient été éliminés plusieurs années auparavant de la production de sérum antidiphtérique, les uns parce que leur sérum avait un titre insuffisant d'unités antitoxiques, les autres parce que la production d'antitoxine diphtérique semblait chez eux complètement épuisée, ont été injectés avec un mélange anatoxine et chlorure de calcium. 8 jours après la dernière injection, leur sérum présentait 300 à 400 unités antitoxiques.

Il semble, d'après les résultats acquis, que le pouvoir de l'organisme de produire l'antitoxine ne s'épuise pas; il suffit de savoir le solliciter pour que la production d'antitoxine atteigne un niveau qui dépasse considérablement celui atteint à la fin de la période d'hyperimmunisation, et se prolonge davantage. ROBERT CLÉMENT.

O. Bang, I. Jundell et H. Magnusson (Copenhague, Stockholm, Malmö). ***Nouvelles recherches sur la vaccination des bovidés contre la tuberculose suivant le procédé de Calmette et Guérin*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVII, n° 4, Octobre 1931). — 2 séries d'expériences parallèles ont été conduites à Copenhague et à Malmö. On a utilisé 26 veaux provenant de cheptels différents dont 13 d'un même troupeau qui pendant plusieurs années avaient été contrôlés au moyen de la tuberculine et s'étaient montrés exempts de tuberculose. Les veaux, âgés de 2 à 3 mois, furent inoculés par voie sous-cutanée, dans le fanon, avec 50 milligr. d'une culture de BCG. Il se forma au point de l'inoculation un nodule gros comme une noix; les animaux furent ensuite parqués dans un local séparé, dans une étable isolée, à l'Ecole vétérinaire.

Sur 13 veaux *vaccinés*, puis infectés par voie intraveineuse, 6 se montrèrent dans la suite exempts de lésions tuberculeuses démontrables à l'œil nu; 3 ont fait des lésions fort insignifiantes qui apparemment étaient en voie de guérison et cliniquement, ces animaux paraissaient tout à fait bien portants après une période d'observation variant de 9 mois et demi à 11 mois à dater du moment de l'infection. Un veau est mort de tuberculose généralisée 2 mois après l'infection intraveineuse; un autre fut sacrifié en mauvais état portant des lésions de tuberculose très avancées et 2 autres furent abattus de 9 mois et demi à 11 mois et demi après l'infection virulente porteurs de graves lésions tuberculeuses.

Par contre, sur un total de 9 veaux témoins, *non vaccinés* et infectés par voie intraveineuse dans les mêmes conditions, 4 ont succombé en 5 à 6 semaines à une tuberculose généralisée; 2, après 9 mois et demi à 11 mois d'observation, étaient cliniquement malades et portaient à l'abatage des lésions de tuberculose très avancée; enfin, 3 paraissaient encore bien en chair de 9 à 11 mois après l'infection, mais portaient à l'autopsie des lésions tuberculeuses étendues.

Ces expériences très méthodiques démontrent que les veaux vaccinés par voie sous-cutanée peuvent acquérir le plus souvent une immunité notable, puisque la proportion des témoins infectés a été de 100 pour 100, tandis que les veaux vaccinés n'ont été tuberculisés que dans la proportion de 54 pour 100.

ROBERT CLÉMENT.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Bâle)

Theophil Baumann. ***Infiltrations pneumoniques tuberculeuses aiguës dans l'enfance*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXI, n° 45, 7 Novembre 1931). — Les cas observés par B. sont caractérisés surtout par un état général grave, de la dyspnée, une température élevée, de la leucocytose avec déplacement vers la gauche de la formule et lymphopénie. Les rayons Rœntgen font penser à une broncho-pneumonie confluente ou une pneumonie franche, cependant l'expectoration n'est pas rouge, mais verdâtre et contient parfois des bacilles.

L'évolution de la maladie est parfois assez rapide (4 à 10 jours), après quoi la température diminue rapidement. Chez d'autres malades, au contraire, la température reste élevée des semaines ou des mois. Il y a alors souvent dissociation des signes physiques. Au bout d'un ou deux ans de cure de sanatorium associée parfois au pneumothorax, on constate que les guérisons ont été rares; en général, il y a cavernes et une ombre persistante au niveau de l'ancienne lésion ou encore étendue ailleurs.

Le diagnostic différentiel est particulièrement difficile. La présence de bacilles ou d'une caverne permet cependant de le faire avec certitude. L'apparition de calcification aux rayons Rœntgen constitue également un signe sûr de spécificité.

Le cours de la maladie permet d'exclure la pneumonie caséeuse qui se termine rapidement par la mort. Il s'agirait plutôt d'une pneumonie caséeuse lobulaire qui, au début, ressemblerait à une pneumonie caséeuse gélatineuse. D'un autre côté, il y a lieu de songer également aux pneumonies par tuberculine décrites autrefois par Virchow et aux infiltrations épituberculeuses qui se produisent dans un organisme déjà allergique. Tous ces états présentent des analogies mais ne peuvent pas, d'après B., être confondus avec la forme qu'il décrit. Dans les cas de cet auteur, il existait des lésions sévères, mais réversibles. Il y aurait lutte entre l'antigène et l'anticorps.

Ce qu'il y a de particulier chez les enfants de B., c'est que la maladie s'est prolongée très longtemps et a donné lieu à une caverne ou à des foyers de calcification importante avec signes de tuberculose disséminés dans le reste du poumon. Les causes de cette infiltration doivent être cherchées, pour un cas, dans une injection de tuberculine. Dans d'autres cas, il s'agit d'une réinfection endogène. Dans d'autres cas enfin, il y a eu possibilité d'infection exogène.

Le pronostic est naturellement très difficile à poser tant que le diagnostic n'est pas fait. Néanmoins, il est assez sombre, puisque après des années le processus reste actif. La thérapeutique exige d'abord une cure d'air importante notamment sur des terrasses légèrement éventées et le pneumothorax artificiel le plus tôt possible, puis, plus tard, après une cure préalable dans une clinique urbaine, une cure d'altitude dont la durée devra être, en général, d'au moins un an.

P.-E. MORHARDT.

Frieda Abt. ***La recherche des bacilles de la tuberculose dans le sang par cultures; recherches sur le cobaye et sur l'homme*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXI, n° 45, 7 Novembre 1931). — A. fait un exposé historique de la recherche du bacille de la tuberculose dans le sang, d'où il résulte que des constatations positives n'ont été faites dans aucun cas par Lange et Lindemann, par Berry, Klopstock et Seligmann, Baemeister et Rueber et Brantle, tandis que Bang trouvait des réponses positives entre 33 et 44, Jessen et Rabinowitsch entre 17 et 42, Kurashige ainsi que Rosenberg 100 fois sur 100. Par contre, Löwenstein, par son milieu de culture ultérieurement modifié par Hohn, est arrivé à des résultats beaucoup plus constants.

Löwenstein a d'ailleurs proposé une méthode particulière pour la culture du sang qui consiste à se débarrasser de l'hémoglobine soit par un traitement à l'acide acétique seul, soit par un traitement à l'acide acétique et à l'acide sulfurique. A. a étudié les résultats donnés par ces divers procédés, d'abord chez des cobayes. Il a utilisé pour cela des animaux inoculés avec une souche très virulente tuant l'animal en une quinzaine de jours. Le sang a été recueilli au moment où l'animal présentait des signes très nets de tuberculose. Une première série de cultures a été faite par le procédé de l'ensemencement direct, une autre après traitement par l'acide acétique seul et une troisième après traitement par l'acide acétique et l'acide sulfurique sur milieu de Löwenstein et sur milieu de Hohn.

Dans 11 cas, il a été cultivé un exsudat pleural qui a donné 9 réponses positives par le milieu de Löwenstein et 7 par le milieu de Hohn. D'autre part, le sang de 50 cobayes dont 41 avaient été infectés a été cultivé avec 30 résultats positifs au total. L'inoculation directe a donné 26 résultats positifs, alors que les deux autres procédés n'en donnaient respectivement que 16 et 14. Le milieu de Löwenstein a donné 23 résultats positifs alors que le milieu de Hohn n'en donnait que 19.

Le sang de 20 malades et de 4 cadavres de tuberculeux a été également examiné. Le sang de cadavre a donné deux fois des résultats positifs après traitement par l'acide acétique et l'acide sulfurique. Le sang de malade a donné 4 réponses positives, 2 sur le Löwenstein et 2 sur le Hohn. Dans deux autres cas, la culture n'a rien donné macroscopiquement, mais le microscope a permis de retrouver quelques rares bacilles qui, ultérieurement, ne se sont pas multipliés. En tout cas,

l'examen macroscopique des cultures ne suffit pas. Il faut y ajouter un examen microscopique de la surface et de l'eau de condensation. D'un autre côté, le traitement, par les acides, a diminué de 1/3 le nombre des résultats positifs. L'hémoglobine n'empêche donc pas la croissance du bacille de la tuberculose.

Au total, le milieu de Löwenstein a donné 63 résultats positifs contre 45 avec le milieu de Hohn.

P.-E. Morhardt.

W. Schellenberg. ***La thérapeutique de la pyémie puerpérale par la ligature des veines*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXI, n° 46; 14 Novembre 1931). — Pour avoir d'abord une idée de la mortalité provoquée par la pyémie puerpérale, S. a étudié les observations de la clinique de Zurich entre 1911 et 1930. Il n'a tenu compte que des cas dans lesquels l'accouchement ou l'avortement avait eu lieu par la voie vaginale, et il a éliminé les ruptures ou les perforations de l'utérus. Dans ces conditions, la statistique comprend 60 femmes. Ce chiffre correspond à une mortalité de 41 pour 100 si on ne tient pas compte des cas dans lesquels il n'y a eu qu'un frisson et dans lesquels aucune métastase n'a pu être mise en évidence.

L'introduction systématique d'une intervention précoce dans la pyémie puerpérale est condamnée par l'auteur, parce que le diagnostic ne peut pas être fait en un temps si court. Si on intervenait dans ces conditions, un très grand nombre d'opérations serait fait chez des femmes qui ne présentent en réalité aucune pyémie ou encore qui sont atteintes de pyémie guérissant vite et spontanément. Par exemple, si, dans les cas de S., on avait pratiqué la ligature des veines après le troisième frisson, l'intervention aurait été inutile dans 56,2 pour 100 des cas. Cette proportion se serait élevée à 67,4 pour 100 des cas si la ligature avait été pratiquée après le deuxième frisson.

Une opération tardive faite après le quatrième frisson ne peut être envisagée qu'exceptionnellement, car le traitement conservateur de ces cas donne une mortalité de 54 pour 100 alors que le traitement opératoire en donne une de 55,1 pour 100 (Kauffmann), de 48,5 pour 100 (Sigwart), de 51,6 pour 100 (Polak). La différence n'est pas suffisante pour qu'on puisse systématiquement exposer la malade aux risques d'une intervention.

P.-E. Morhardt.

Léon Asher et **Eduard Fetscherin.** ***L'influence de la mécanique respiratoire sur le contenu en acide carbonique de l'air alvéolaire et de l'air respiratoire*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXI, n° 49, 5 Décembre 1931). — A. et F. rappellent tout d'abord que la tension de CO^2 varie dans beaucoup de circonstances et notamment sous l'influence de la mécanique respiratoire. Ils ont été ainsi amenés, en utilisant une technique dont ils donnent la description, à rechercher l'influence d'une respiration avec débit normal, augmenté ou diminué sur la tension de CO^2 de l'air alvéolaire d'abord.

Ils ont constaté qu'avec une respiration dont le débit par minute est de 7,45 litres, la tension alvéolaire de CO^2 est de 41,32. Avec un débit de 13 litres, elle est de 32,06 et avec un débit de 17,14, elle est de 27,87. Les chiffres extrêmes sont plus constants que les chiffres moyens.

A. et F. ont également mesuré la proportion de CO^2 pour 100 dans l'air respiratoire et ils ont constaté que les chiffres obtenus varient également avec le volume d'air respiré par minute. Quand ce débit est de 6,9 la proportion de CO^2 est de 3,69 pour 100. Quand ce débit est de 15,5, la proportion de CO^2 est de 3,05. Ces chiffres varient donc moins que ceux de la tension alvéolaire. Néanmoins, l'influence de la respiration est nette.

P.-E. Morhardt.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

Angelo Mirolli (Pise). ***L'hypertrophie et l'hyperplasie de la tunique musculaire de la vésicule biliaire dans les cholécystites*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, t. XXX, fasc. 2, Octobre 1931). — M. a pratiqué l'examen histologique de 75 vésicules biliaires enlevées chirurgicalement pour cholécystite calculeuse ou non calculeuse; il a porté surtout son attention sur les modifications subies par la tunique musculaire, et il pense pouvoir tirer de ses constatations des conclusions intéressantes en ce qui concerne la physiologie de l'évolution de la vésicule et la physiopathologie de la genèse de la colique hépatique.

Il a constaté d'une manière constante une hypertrophie et une hyperplasie de la paroi musculaire, parfois considérable, au point que l'épaisseur de la paroi peut être supérieure de 8 fois à la normale; cette constatation lui permet de conclure qu'il faut admettre la contractilité de la vésicule et, par conséquent, son évacuation active.

L'augmentation d'épaisseur de la couche musculaire était plus marquée pour les vésicules dans lesquelles existaient des calculs enclavés dans le cystique et, d'une manière générale, des obstacles extrinsèques ou intrinsèques à l'évacuation normale du cholécyste. Par contre, il n'existait pas de rapport entre, d'une part l'intensité, le nombre et la durée des coliques hépatiques et, d'autre part, l'épaisseur de la musculeuse vésiculaire. Ainsi, la théorie chimique (qui fait de la colique hépatique un syndrome douloureux paroxystique dû aux efforts de la musculature des voies biliaires pour faire progresser puis éliminer dans l'intestin les calculs qu'elles contiennent) ne se trouve pas confirmée, puisqu'il n'existait pas de différence entre l'épaisseur moyenne de la musculaire chez des malades ayant présenté de nombreuses coliques et celle observée chez des malades ayant eu peu ou pas de coliques.

L'étude des résultats lointains chez les cholécystectomisés pour calculs engage M. à affirmer qu'il existe incontestablement un autre facteur commun à une grande partie des malades à coliques hépatiques répétées, car il a noté chez eux trois fois plus souvent des « pseudo-récidives ». Ce facteur organique, sur lequel il ne croit pas pouvoir se prononcer de façon décisive, pourrait être représenté par le déséquilibre du système neuro-végétatif soutenu entre autres par Chiray et Pavel, pour lesquels l'excitabilité du système neuro-végétatif a une part fondamentale dans le déterminisme de la colique hépatique.

André Guibal.

ANNALI DELL' ISTITUTO MARAGLIANO
(Gênes)

L. Sivori, U. Rebaudi et **I Menniti.** ***Néoplasmes et immunité*** (*Annali dell' Istituto Maragliano*, 3e série, tome 1, n° 4, Juillet-Août 1931). — S., R. et M. ont pris pour point de départ de leurs recherches la conception de Maragliano pour qui toute substance étrangère à l'organisme, provenant soit du dehors, soit d'une activité cellulaire fonctionnelle ou prolifératrice, soit d'une mortification cellulaire, déclenche une réaction fermentative qui a pour but de l'éliminer après l'avoir désintégrée. Par sa prolifération irrégulière, par la nécrobiose fonction de son évolution accélérée, la cellule cancéreuse doit produire des ferments antagonistes spécifiques. Pour mettre ceux-ci en évidence, S. R. et M. utilisent l'enzymo-réaction, variante de la réaction d'Abderhalden : on place au contact du sérum du malade la protéine étudiée, non pas intacte mais à l'état d'ultra-peptone, stade intermédiaire entre les peptones et les peptides, qu'on obtient par digestion chimique incomplète, et si le sérum contient des ferments, ceux-ci achèvent la désintégration et les amino-acides mis en liberté sont décelés par la ninhydrine.

Les recherches de S., R. et M. leur ont montré que les ferments spécifiques existaient bien chez les porteurs de néoplasme et que, très abondants au début, ils diminuaient puis disparaissaient au cours de l'évolution. L'enzymoréaction est supérieure à toutes les autres méthodes de diagnostic biologique des néoplasmes: positive, elle a une valeur presque absolue; négative, elle ne permet pas d'éliminer ce diagnostic. Sur 361 réactions, 322 ont donné un résultat exact, 39 une réponse erronée.

Si l'on injecte à des rats des ultra-peptones de sarcome, on voit apparaître dans leur sérum des ferments antagonistes qui peuvent entraîner la régression rapide d'une greffe ultérieure de sarcome, mais ceci à la condition que les injections ne soient pas trop nombreuses; dans le cas contraire, le travail excessif auquel est soumis l'organisme inhibe son pouvoir de réaction et la greffe se développe plus vite que chez les témoins. Si les ultra-peptones sont injectées en même temps que la greffe ou plus tard, son évolution est précipitée car l'organisme n'est pas encore immunisé, mais au contraire en état d'hypersensibilité.

Tenant donc pour démontrée l'existence d'une immunisation antinéoplasique par des antiferments spécifiques, S., R. et M. ont fait des essais thérapeutiques chez des malades porteurs de cancers cutanés; les ultra-peptones ont été injectées soit dans la tumeur, soit à sa périphérie dans le derme, parfois aussi sous la peau ou dans les veines. L'impression de S., R. et M. est favorable et ils rapportent des cas de guérison. Cependant les examens histologiques avant traitement manquent souvent, les malades n'ont pas été suivis très longtemps et certaines observations n'ont que quelques lignes; telles qu'elles sont publiées dans cet article, les observations de S., R. et M. n'apportent peut-être pas toutes les précisions que l'on est en droit d'exiger dans une question aussi importante.

L. Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

E. Puxeddu. ***Symptômes articulaires et glandulaires dans l'évolution des dysendocrinopathies*** (*La Clinica Medica Italiana*, tome LXII, n° 9, Septembre 1931). — D'après P., on ne peut pas distinguer cliniquement le rhumatisme ovarien du rhumatisme thyroïdien, ni le rhumatisme par hypothyroïdie du rhumatisme par hyperthyroïdie : il s'agit de syndromes douloureux à localisation variable: osseuse, musculaire, périarticulaire ou articulaire, atteignant surtout les poignets, les genoux, la colonne vertébrale, spécialement dans la région sacrée. L'insuffisance ovarienne paraît agir le plus souvent par l'intermédiaire de troubles hyperthyroïdiens réactionnels, mais la possibilité de rhumatisme relevant directement du dysfonctionnement de l'ovaire ne peut être niée absolument.

On a beaucoup abusé du qualificatif de rhumatisme de la ménopause; celui-ci répond dans quelques cas à des faits réels où d'ailleurs l'ovaire agit indirectement par l'intermédiaire du corps thyroïde, mais, le plus souvent, ce ne sont que des manifestations articulaires d'origine urique, révélées ou aggravées par la ménopause.

L. Rouquès.

A. Antonini. ***La rupture traumatique des valvules cardiaques*** (*La Clinica Medica Italiana*, tome LXII, n° 10, Octobre 1931). — L'observation

rapportée par A. est intéressante par la latence des accidents et par les constatations anatomiques. Un homme de 55 ans est heurté par un camion venant sur sa droite; au premier examen, on constate des contusions multiples, une commotion cérébrale légère et une double fracture du bassin, mais l'état général n'est pas alarmant et rien n'attire l'attention sur l'appareil circulatoire. Le surlendemain, le malade devient inquiet, agité; on entend un gros souffle qui couvre toute l'aire cardiaque et dont le maximum est au foyer aortique. Pendant une nouvelle journée, l'état reste stationnaire, puis s'agrave brutalement; le malade tombe dans le coma et meurt en quelques heures.

A l'autopsie, on ne trouve pas de lésions du squelette thoracique ni du myocarde; mais la sigmoïde aortique postérieure est infiltrée de sang, érodée sur sa face ventriculaire et fissurée dans toute son épaisseur. L'examen histologique montre une sclérose rénale et myocardique légère, un athérome discret du bulbe aortique, mais la sigmoïde rompue ne présente pas de traces d'une altération antérieure à l'accident. C'est une nouvelle preuve de l'inexactitude de la conception de Potain et de Barié d'après qui les ruptures ne pourraient se produire que sur des valvules altérées.

L. Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE (Milan)

G. Pighini. ***Traitement hormonal des affections rhumatismales de l'âge critique*** (*Gazzetta degli Ospedali et delle Cliniche*, tome LII, n° 36, 6 Septembre 1931). — On observe chez la femme, à l'époque de la ménopause naturelle ou chirurgicale, des phénomènes douloureux, musculaires et articulaires qui ne s'accompagnent le plus souvent d'aucune modification objective; des troubles tout à fait comparables existent chez l'homme, lorsque les fonctions sexuelles commencent à décliner. L'origine endocrinienne et en particulier thyro-génitale de ces manifestations rhumatismales semble incontestable. Seules ou associées, les opothérapies génitale et thyroïdienne ne donnent pas de résultats constants; les hormones sexuelles sont beaucoup plus actives et en raison des corrélations entre les glandes mâle et femelle, les extraits folliculaires sont efficaces dans les deux sexes, lorsqu'ils sont assez riches en hormones. Après deux ou trois injections, les douleurs disparaissent ainsi que les phénomènes de dépression psychique qui les accompagnent si souvent. En raison de la forte teneur en protéines des extraits folliculaires, les injections donnent souvent des réactions locales et parfois même des réactions générales transitoires: érythèmes, urticaire, arthralgies, fièvre.

L. Rouquès.

IL MORGAGNI (Naples)

M. Migliore. ***Influence du corps thyroïde sur l'œdème pulmonaire aigu par l'adrénaline*** (*Il Morgagni*, tome LXXIII, n° 43, 25 Octobre 1931). — M. a d'abord établi que la dose minima d'adrénaline capable de provoquer en injection intraveineuse l'œdème aigu du poumon chez le lapin est 0,3 cmc de solution au millième par kilogramme de poids. Chez l'animal thyroïdectomisé depuis une semaine, la dose minima s'élève à 0,75 cmc; chez l'animal en état d'hyperthyroïdie par l'injection une heure avant d'un milligramme de thyroxine, la dose s'abaisse à 0,075 cmc. Il y a donc une synergie dynamique des deux hormones thyroïdienne et surrénale dans le déterminisme de l'œdème aigu du poumon par l'adrénaline.

L. Rouquès.

LA PEDIATRIA (Naples)

Elio Zambrano (Naples). ***De la valeur de la recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique des enfants*** (*La Pediatria*, tome XXXIX, n° 23, 1er Décembre 1931). — Z. a recherché le bacille de Koch dans le contenu gastrique de 50 enfants de 13 mois à 12 ans, atteints de tuberculose latente ou de formes se manifestant par des signes cliniques ou radioscopiques indiquant une localisation pulmonaire, pleurale ou ganglionnaire. La technique suivie fut celle préconisée par Armand-Delille et Vibert, Drucker, Wallgren, etc. Le bacille de Koch n'a été décelé que dans 8 cas et dans un seul de ces cas on notait l'absence des signes cliniques de la maladie.

Etant donné le petit nombre de cas dans lesquels la recherche du bacille de Koch dans le suc gastrique est positive, on ne peut tirer de cette méthode d'investigation des conclusions susceptibles de modifier nos conceptions sur l'évolution du bacille tuberculeux dans l'organisme infantile. A de rares exceptions près d'ailleurs, cette recherche demeure négative dans les formes « fermées ». Cette méthode de dépistage du bacille de Koch fournit tout de même des renseignements plus précis chez l'enfant que l'analyse des crachats et, comme telle, elle mérite d'être adoptée.

G. Schreiber.

Mario Flamini (Rome). ***Les vitamines liposolubles A et D dans le traitement des maladies infectieuses de l'enfance*** (*La Pediatria*, tome XXXIX, n° 23, 1er Décembre 1931). — De ses essais cliniques, F. conclut que l'administration à hautes doses des vitamines liposolubles A et D exerce une action nettement favorable sur l'évolution des maladies infectieuses qui frappent les nourrissons au sein et les enfants sevrés.

Cet effet bienfaisant peut s'expliquer par l'amélioration des troubles locaux due à la vitamine A qui stimule l'activité fonctionnelle et augmente les processus de défense des muqueuses enflammées (muqueuses des amygdales, des bronches, de la vessie). L'abaissement rapide et la disparition de la fièvre que l'on constate à la suite de l'administration de la vitamine A paraît être la conséquence d'une action curative locale. Pour l'instant, on ne peut guère démontrer l'action anti-infectieuse proprement dite de la vitamine A.

L'amélioration de certains signes généraux, comme l'augmentation de la pression artérielle, l'amélioration du pouls, la reprise de l'accroissement semble par contre pouvoir être attribuée à la vitamine D lorsqu'elle est fournie à haute doses. On sait, en effet, que la vitamine D exerce une influence particulière sur le système nerveux végétatif et plus spécialement sur le sympathique.

G. Schreiber.

MINERVA MEDICA (Turin)

G. Dominici et **F. Penati.** ***Le traitement de l'anémie pernicieuse par le tryptophane et l'histidine*** (*Minerva Medica*, 22e année, tome II, n° 39, 29 Septembre 1931). — D. et P. ont traité 2 malades atteints d'anémie pernicieuse par la technique de Fontès et Thivolle, en leur injectant tous les jours en deux fois 200 milligr. de tryptophane et 400 milligr. d'histidine; la durée du traitement fut de vingt-trois jours dans un cas et de 25 dans l'autre.

Dans le premier cas, celui d'un homme de 65 ans, D. et P. n'ont observé qu'une augmentation insignifiante des hématies et de l'hémoglobine, sans crise réticulocytaire et sans aucun bénéfice subjectif durable. Dans le deuxième (femme de 64 ans), les globules rouges ont baissé de 300.000 pendant la cure et l'hémoglobine a présenté une variation analogue. Il ne s'agissait pourtant pas d'anémies rebelles, car un traitement par l'estomac ou par le foie institué après cessation des injections de tryptophane a donné une prompte amélioration dans les 2 cas.

L. Rouquès

G. Melli et **M. Pisa.** ***Recherches expérimentales sur l'œdème pulmonaire aigu*** (*Minerva Medica*, 22e année, tome II, n° 39, 29 Septembre 1931). — Il est impossible de provoquer expérimentalement l'œdème aigu en injectant dans les veines du NaCl, quelle que soit la dose ou la concentration de la solution; après section des deux vagues, l'injection d'une très forte dose de NaCl peut parfois, mais très irrégulièrement, déclencher l'œdème. M. et P. ont eu des résultats positifs avec les sulfates et les phosphates de magnésium ou de calcium, ils n'en ont eu qu'un avec le KCl.

Après injection intraveineuse de NaCl, de tous les organes, ce sont la peau et les poumons qui soustraient au sang la quantité proportionnellement la plus élevée de NaCl; si l'on enlève au préalable la presque totalité de la peau, l'accumulation du sel dans le poumon est telle que son taux atteint le triple de la normale, cependant l'œdème aigu n'apparaît pas.

L'injection endotrachéale de glucose produit constamment l'œdème aigu quand la solution est fortement hypertonique; les diverses interventions sur le système nerveux qui empêchent les autres œdèmes expérimentaux, n'ont pas d'action inhibitrice sur l'œdème par le glucose hypertonique. Bien que toute solution hypertonique puisse donner les mêmes résultats, cet œdème n'est pas uniquement la conséquence d'une action osmotique: en effet, si la solution hypertonique est injectée dans un seul lobe, l'œdème n'en apparaît pas moins dans les deux poumons.

L. Rouquès.

L. d'Antona. ***Mécanisme d'action des diurétiques mercuriels et diabète insipide*** (*Minerva Medica*, 22e année, t. II, n° 40, 6 Octobre 1931). — Etudiant l'effet de l'injection intraveineuse de 1 cmc de salyrgan dans le diabète insipide, A. a observé la disparition de la soif et, plus tardivement, de l'oligurie avec concentration nette du sang. Ce fait déjà signalé par Bauer et Ascher ne peut s'interpréter que par l'augmentation de la capacité d'absorption d'eau des tissus qui la prennent au sang; il semble en faveur d'une action des diurétiques mercuriels sur les tissus.

Cependant, d'autres faits sont difficilement explicables si l'on n'admet pas une action simultanée des diurétiques sur le rein: rétention de créatinine, augmentation surprenante de la concentration des chlorures dans l'urine qui dépasse celle du sang. Dans les rétentions aqueuses, les diurétiques mercuriels agissent à la fois sur l'eau et les chlorures; dans le diabète insipide, leur action est dissociée car ils continuent à mobiliser les chlorures, tout en perdant leur action sur la diurèse.

Les diurétiques mercuriels agissent donc dans le diabète insipide sur tous les organes et tissus (reins, sang et tissus) qui règlent le métabolisme de l'eau et qui représentent un ensemble fonctionnel que l'on tend trop souvent à séparer en éléments artificiellement opposés.

L. Rouquès.

A. Girotto. ***Sur un cas d'endartérite oblitérante juvénile traitée par la surrénalectomie*** (*Minerva Medica*, 22e année, tome II, n° 42, 20 Octobre 1931). — G. rapporte l'observation d'un homme de 30 ans atteint d'artérite oblitérante de la jambe droite avec douleurs atroces et sphacèle du deuxième orteil. La surrénale gauche fut enlevée suivant la technique de Leriche; elle pesait

5 gr.; la médullaire était diminuée de volume, sans indices histologiques de suractivité. L'opération ne donna lieu à aucun accident immédiat ou tardif, mais ses résultats furent nuls; d'abord un peu atténuées, les douleurs reprirent au bout de huit jours leur intensité première, puis la dépassèrent et la gangrène s'étendit. L'amputation devint nécessaire et fut faite au tiers inférieur de la cuisse, l'artériographie ayant montré une oblitération complète des deux tiers inférieurs de la poplitée. L'opération de von Oppel est donc loin de donner les bons résultats annoncés par ses partisans; elle n'est d'ailleurs pas bénigne et ne repose sur aucune donnée précise.

L. Rouquès.

M. Bermond. ***La cholécystographie par voie veineuse*** (*Minerva Medica*, 22e année, tome II, n° 43, 27 Octobre 1931). — D'après une expérience de 352 cholécystographies par voie veineuse, B. estime que cette méthode est bien supérieure à la cholécystographie par voie buccale. Elle est inoffensive et B. a pu la pratiquer sans inconvénients chez des cardiaques compensés, des cirrhotiques, des ictériques par lithiase et même chez des malades très cachectiques. Avec une bonne technique, on n'observe pas les vomissements et la diarrhée, si fréquents après la cholécystographie par voie buccale; cette dernière méthode a de plus l'inconvénient d'exiger une longue préparation et de nécessiter l'emploi d'opiacés qui ne sont pas inoffensifs par eux-mêmes et qui modifient le fonctionnement des organes étudiés: en particulier, la morphine épaissit la bile, condition défavorable à sa progression dans des voies à perméabilité réduite.

B. utilise l'iodotétragnost à la dose de 4 gr., toujours bien tolérée; avec une dose inférieure, l'image est insuffisante; la solution doit être récente (2 à 3 heures) et le malade à jeun depuis huit heures et au repos. Le premier jour, on fait un premier examen de l'appareil digestif et on donne au malade un repas opaque; le soir, on injecte la solution. Le deuxième jour, on étudie les voies biliaires par des radiographies en série, depuis la dixième heure après l'injection jusqu'à la vingtième; le repas opaque pris la veille étant dans le côlon, on peut étudier les rapports de la vésicule et du côlon; un deuxième repas opaque permet de préciser ensuite ceux de la vésicule, de l'estomac et du duodénum.

Le signe de l'injection manquée n'a aucune signification après cholécystographie buccale; par contre, après cholécystographie veineuse, il indique presque à coup sûr une lésion du système hépato-biliaire. Lorsque la vésicule est injectée, on peut faire un diagnostic précis dans 90 pour 100 des cas après cholécystographie veineuse, dans 50 pour 100 seulement après cholécystographie buccale, car l'image est peu intense; ce dernier pourcentage est plus faible que ceux des autres auteurs, mais B. n'a tenu compte que des cas où l'image était lisible. Après cholécystographie veineuse, la vésicule est visible radioscopiquement dans la majorité des cas, ce qui n'a pas lieu après cholécystographie buccale; la radioscopie est très importante pour étudier la mobilité ou l'adhérence de la vésicule aux organes voisins.

L. Rouquès.

M. Sigon. ***La présence du bacille de Koch dans la polyarthrite rhumatismale aiguë*** (*Minerva Medica*, 22e année, tome II, n° 44, 3 Novembre 1931). — Les affirmations de Löwenstein qui a prétendu trouver par une méthode spéciale des bacilles tuberculeux dans le sang d'une proportion très importante de malades atteints de rhumatisme articulaire aigu semblent *a priori* un peu surprenantes. Les recherches de S. lui ont donné des résultats absolument opposés; le sang de 16 rhumatisants a été ensemencé sur les milieux de Löwenstein, sur ceux de Petragnani, de Hohn, de Petroff, ainsi que le liquide articulaire dans quelques cas; tous les ensemencements sont restés stériles; d'ailleurs, Muggia et Giannetti n'ont pas été plus heureux, l'un dans 5 cas, l'autre dans 11.

Les recherches de contrôle de S. lui ont montré que les méthodes d'hémoculture pour les bacilles tuberculeux n'avaient qu'une sensibilité restreinte. Le meilleur milieu est le milieu II de Löwenstein, puis son milieu I et celui de Petragnani, puis celui de Hohn et enfin celui de Petroff; mais les différences restent assez minimes.

L. Rouquès.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Vienne et Munich)

Leo Hess. ***L'occlusion des veines hépatiques et sa signification pour la pathogénèse de l'œdème pulmonaire terminal*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 40, 3 Octobre 1931). — L'occlusion du tronc de la veine porte ou de ses branches principales, si elle se produit rapidement, entraîne, comme conséquence, une ascite qui se renouvelle très vite après ponction. Il n'apparaît cependant de grosses lésions du foie que si de petites veines portes intrahépatiques sont également thrombosées parce qu'alors l'artère hépatique ne peut plus suppléer à l'insuffisance de sang. La thrombose totale de l'artère hépatique conduit à des nécroses étendues et caractéristiques du foie.

D'autre part, dans l'atrophie jaune aiguë du foie, H. a eu l'occasion d'observer de l'ascite sans stase veineuse et un œdème pulmonaire sévère et terminal. Dans l'éclampsie hépatique, H. a également constaté un œdème pulmonaire sévère ainsi que quelquefois de l'ascite. Il semble que, dans ces cas de lésions sévères du foie, les cellules hépatiques perdent le pouvoir de fixer l'eau qui arriverait alors en trop grande quantité dans le cœur droit, dilaterait les capillaires pulmonaires et envahirait le tissu interstitiel.

L'occlusion des veines hépatiques survient dans une série de circonstances pathologiques: par malformation congénitale, par lésions sévères nécrotiques, gommeuses, néoplasiques, etc., par embolie rétrograde, par endophlébite et par sténose périphlébitique. H. donne une série d'observations personnelles ou prises dans la littérature, d'occlusion complète des veines hépatiques ainsi que d'occlusion périphlébitique.

Il résulte des faits ainsi réunis qu'une occlusion complète des veines hépatiques détermine une stase importante dans le foie. Secondairement, la circulation porte souffre et la veine cave ainsi que le cœur droit et la petite circulation se trouvent relativement soulagés. Si expérimentalement on surcharge la circulation veineuse par une injection intraveineuse, on constate chez les carnivores, dont les veines hépatiques possèdent un appareil valvulaire, que le foie se trouve distendu et fonctionne comme une sorte de réservoir placé avant le cœur droit; chez les herbivores dont la veine hépatique ne possède pas ces valvules, il survient, dans les mêmes conditions, de l'œdème pulmonaire aigu. Par contre, l'occlusion de la veine hépatique empêche le sang du foie d'arriver jusqu'à la veine cave et dans ces conditions, comme le montrent les protocoles d'autopsie publiés par H., se trouve supprimée une des conditions essentielles pour qu'il apparaisse de l'œdème pulmonaire terminal.

En transposant ces constatations expérimentales en pathologie humaine, on doit admettre que l'occlusion anatomique des veines hépatiques décharge d'abord le cœur droit et la circulation pulmonaire, détermine une augmentation de volume du foie et peut-être aussi une déshydratation du sang. Ainsi, on devrait donc considérer, comme un facteur relativement favorable, les thromboses récentes peut-être agoniques et l'occlusion totale des veines hépatiques ou intra-abdominales.

P.-E. Morhardt.

E. Rosenblüth et S. Wassermann. ***La respiration de Cheyne-Stokes chez les cardiaques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 40, 3 Octobre 1931). — On a cherché à expliquer l'apparition de la respiration de Cheyne-Stokes chez les cardiaques en admettant l'existence de troubles circulatoires locaux au voisinage du centre respiratoire. Plus spécialement, la sclérose des vaisseaux cérébraux a été considérée comme une cause de ce symptôme respiratoire, qui, en fait, s'observe dans certains cas de tumeur cérébrale, de méningite ou d'apoplexie. Il s'agit alors d'une gêne mécanique de la circulation et des échanges gazeux.

On a également admis que la respiration de Cheyne-Stokes est la conséquence d'une insuffisance générale de la circulation atteignant plus spécialement les centres nerveux. D'ailleurs, ce symptôme disparaît souvent sous l'influence d'une thérapeutique purement tonicardiaque. Il disparaît également quand le malade s'observe lui-même ou sous l'influence d'une excitation cutanée. Cette labilité exclut les lésions organiques.

R. et W. donnent les résultats de l'examen anatomo-pathologique fait chez 12 malades ayant présenté une respiration de Cheyne-Stokes. Dans 11 de ces cas, les vaisseaux intrabulbaires étaient tout à fait normaux. Dans un seul cas, on a trouvé une artériole à parois épaissies, mais les lésions de cette région étaient relativement modérées alors que celles des coronaires, du myocarde, des reins et des artères en général étaient très sévères. Dans 4 de ces cas, il s'est trouvé cependant des lésions macroscopiques du cerveau: de l'œdème dans un cas, un petit kyste du putamen dans un autre, un foyer de ramollissement récent et une hydrocéphalie chronique et enfin une méningite à pneumocoques. Dans ce dernier cas, cependant, la méningite est apparue après les symptômes respiratoires. Mais dans tous ces cas, il y avait simultanément insuffisance circulatoire sévère qui pouvait également intervenir dans la pathogénèse de la respiration de Cheyne-Stokes.

En somme, d'après R. et W., il ne peut être attribué de rôle pathogène aux facteurs périphériques tels que des spasmes ou des lésions vasculaires que si la circulation elle-même s'est déjà montrée insuffisante. Jusque-là, le travail du cœur suffit à vaincre les obstacles.

P.-E. Morhardt.

H. von Hoesslin. ***Les petits cœurs des asthmatiques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 41, 10 Octobre 1931). — H. a été frappé par le fait qu'aux rayons Rœntgen, les asthmatiques présentent un cœur apparemment très petit. D'ailleurs, en cas d'emphysème pulmonaire, état souvent conséquence d'accès d'asthme répétés, on a décrit le cœur en goutte, le « dropping heart », le cor pendulum, etc.

Des petits cœurs de ce genre sont en général rencontrés chez les asthéniques concurremment avec de l'entéroptose et un diaphragme abaissé. En fait, chez ses asthmatiques, H. a trouvé un diaphragme généralement bas ne dépassant pas la 12e dorsale ou la 1re lombaire. Toutefois, il n'est pas possible d'admettre que chez ces asthmatiques, la petitesse du cœur soit simulée par une position spéciale de l'organe dans la cavité thoracique.

H. donne brièvement résumée l'histoire de 27 malades avec leurs diamètres cardiaques. Dans l'ensemble, ces diamètres n'atteignent pas les valeurs inférieures pour la taille et pour le poids. Lorsque ces valeurs inférieures sont atteintes, il y avait lésions valvulaires concomitantes avec hypertrophie. Cette diminution du volume du cœur n'est certainement pas due à l'abaissement du diaphragme parce qu'elle s'observe également quand la situation du diaphragme est normale.

Dans un certain nombre de cas, H. a administré de la strophantine à la dose de 0,4 à 0 milligr. 5. Plus de la moitié de ces malades, sur lesquels l'atropine ni la papavérine, ni l'adréna-

line n'avaient agi, ont bénéficié de cette médication. En pareil cas, il faut admettre que c'est surtout le cœur qui avait fléchi. Néanmoins, on ne saurait admettre que la petitesse du cœur soit essentiellement liée à une insuffisance de cet organe. On doit voir dans ce fait une disposition, le signe d'une hypoplasie du système vasculaire vraisemblablement accompagnée de faiblesse du tissu élastique du poumon et de la musculature. L'apparition précoce de phénomènes de sénilité au niveau des cartilages articulaires et des disques intervertébraux parle dans le même sens, comme d'ailleurs la coïncidence d'une infection pulmonaire tuberculeuse. Enfin, la faiblesse générale des asthmatiques se manifeste par leur comportement psychique qui témoigne d'une grande labilité du système nerveux.

P.-E. Morhardt.

Kurt Ziegler et **M. Dôrle.** ***La courbe du sucre du sang après narcose brève par l'éther et ses modifications par des méthodes tonifiantes et par la morphine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 41, 10 Octobre 1931). — Chez les lapins et chez les cobayes, une narcose par l'éther de quelques minutes détermine un abaissement primitif généralement considérable de la glycémie. Cet abaissement s'observe pendant la phase d'excitation comme pendant la phase de narcose et elle est indépendante du taux observé primitivement. Ultérieurement, la glycémie s'élève pour reprendre sa hauteur normale. D'autres fois, elle continue à s'abaisser pendant quelque temps et alors les animaux ont de la peine à se remettre comme si le système végétatif avait perdu son tonus normal ou comme si le système adrénalinique était devenu insuffisant.

Après un traitement préalable avec un médicament qui élève le tonus végétatif (sel d'or d'une combinaison aminée), on observe une réaction inverse, c'est-à-dire une augmentation de la glycémie pouvant atteindre 200 pour 100, suivie d'un abaissement. Ces diverses réactions peuvent être considérées, les premières comme vagotoniques (inhibition de la mobilisation du sucre et abaissement de la glycémie) et les secondes comme sympathicotoniques (mobilisation du sucre).

La morphine administrée avant la narcose accentue l'abaissement de la glycémie et les effets dépresseurs de la narcose. Ces effets sont en contradiction avec ce qui a été constaté par d'autres auteurs au cours de narcoses plus prolongées: en pareil cas, d'ailleurs, on avait généralement négligé la phase initiale. Les narcotiques doivent être considérés comme des catalysateurs négatifs qui paralysent les processus exsudatifs. Il semble ainsi qu'une augmentation du tonus végétatif avec amélioration du métabolisme rende la narcose plus facile à supporter et le rétablissement plus précoce. Les bons résultats donnés par l'administration préalable de sucre sont également confirmés par ces constatations. En revanche, il paraît à Z. et D. que l'opium doit être évité.

P.-E. Morhardt.

Fritz Mainzer. ***Les fondements physico-chimiques de l'albuminurie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 41, 10 Octobre 1931). — Le passage de l'albumine à travers les reins constitue pour M. un problème de surface de séparation jusqu'ici très mystérieux. Cependant un cas d'albuminurie dans lequel il a été retrouvé, au début, de l'albumine de Bence-Jones, a permis de préciser la question. Chez ce malade qui, au début, ne présentait aucun signe d'affection rénale, on a constaté, pendant les quatre premières semaines de l'observation, exclusivement de l'albumine de Bence-Jones. Ultérieurement, la pression s'est élevée, l'azote résiduel a augmenté et il est apparu, à côté de l'albumine de Bence-Jones, de la globuline, mais jamais de sérine.

Pour expliquer ces faits, M. rappelle d'abord que toute substance en solution aqueuse doit, pour traverser la membrane, être constituée par des molécules plus petites que les pores de la membrane. Il ne s'agit d'ailleurs pas toujours de molécules au sens chimique du mot mais d'agrégats souvent augmentés par hydratation. Or, l'hydratation d'un colloïde hydrophile est au minimum au point isoélectrique. Ainsi une albumine passera à travers le rein d'autant plus facilement que son point isoélectrique se rapprochera davantage de la concentration des ions H du plasma.

Mais d'un autre côté, Mond a montré qu'il existe des membranes électivement perméables pour des cations ou pour des anions. Ces membranes possèdent effectivement une charge électrique. Un anion colloïdal peut passer une membrane à charge positive qui par ailleurs retiendra le même colloïde si celui-ci est devenu cation.

Ainsi un colloïde traverse plus facilement la membrane quand celle-ci se trouve dans la zone iso-électrique d'abord et puis quand la membrane possède une charge inverse. La zone iso-électrique des protéines qui constituent la surface rénale oscille entre $p_H=4$ et $p_H=6$. D'un autre côté, le point iso-électrique de la sérine est: $p_H=4,7$; celui de la globuline est: $p_H=5,4$. Dans ces conditions, les reins ne sont normalement pas perméables pour ces protéines.

Par contre, pour l'hémoglobine on trouve une zone iso-électrique de 6,8 et, pour l'albumine de Bence-Jones, de 6,6 à 7. Or, l'hémoglobine et l'albumine de Bence-Jones dissoutes dans le plasma traversent le rein. Dans les deux cas, d'ailleurs, ce passage d'albumine à travers le filtre rénal détermine des lésions grâce auxquelles il apparaît bientôt de la globuline du plasma comme le fait a été constaté dans l'observation de M. Il semble donc bien que ces conceptions permettent d'entrevoir un mode d'explication sur la pathogénie de l'albuminurie.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRAGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin-Vienne)

Riedener. ***Sur le remplacement de la tête fémorale par la transplantation libre du tiers supérieur du péroné*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLIII, n° 4, 28 Octobre 1931, p. 483-512). — Tout le début de cet article traite la question des pseudarthroses de l'extrémité supérieure du fémur, et n'est autre qu'une revue générale sur les divers procédés d'arthrodèse.

La deuxième partie seulement est originale et correspond au titre de l'article. R. publie 3 observations inédites de Henschen concernant le remplacement de la tête fémorale par une transplantation libre de l'extrémité supérieure du péroné. De nombreuses radiographies accompagnent chacune des observations.

I. — Il s'agit d'un homme de 24 ans présentant une épiphysiolyse totale de la tête fémorale gauche, avec pseudarthrose flottante. Le raccourcissement varie entre 6 cm. (malade couché) et 10 cm. (malade debout), la marche est incertaine, l'atrophie musculaire marquée, le trochanter très surélevé, le membre en attitude de coxa vara.

Le 21 Novembre 1919 on aborde par l'incision de Kocher l'extrémité supérieure du fémur, on libère la pseudarthrose flottante et on régularise au ciseau le col fémoral.

On prélève l'extrémité supérieure du péroné sur une longueur de 12 cm., et à la fraise on fore un tunnel à travers le trochanter à travers lequel s'engagera jusqu'au fond du cotyle l'extrémité supérieure du péroné.

Suture des parties molles. Extension continue; le malade se lève au bout de quatorze semaines, avec un appareil.

Revu au bout de huit ans, le résultat est excellent; il existe une certaine mobilité de la hanche, il n'y a plus de troubles douloureux et le malade a pu faire des marches de 40 kilomètres. Il y a eu cependant un certain déplacement du greffon, ainsi que le prouve la radiographie, et la mensuration, cette dernière accusant 6 cm. de raccourcissement dans la position debout.

II. — Il s'agit d'une femme de 31 ans, qui a présenté une fracture pathologique du col fémoral droit consécutive à un ostéo-sarcome.

On enlève la tumeur en réséquant tous les tissus malades, on prélève un transplant de 12 cm. sur l'extrémité supérieure du péroné, et par tunellisation transtrochantérienne on conduit le transplant jusqu'au fond de la cavité cotyloïde. Extension continue.

L'examen anatomo-pathologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un sarcome xanthomatoïde à cellules géantes. La malade se lève avec un appareil à la dixième semaine. Un examen radiographique deux ans et demi après montre qu'il n'y a aucune récidive et que le transplant est en bonne place. Mêmes constatations sept ans après. Très bon résultat fonctionnel.

III. — Il s'agit d'un homme de 19 ans 1/2, présentant un raccourcissement de 3 cm. du membre inférieur gauche avec signe de Trendelenburg positif et attitude de coxa vara.

Pendant trois mois, on utilise une extension continue plâtrée pour corriger l'attitude vicieuse.

Intervention le 23 Juin 1927 comme dans les 2 cas précédents. Les suites sont cependant moins bonnes puisque quatre jours après l'opération, on peut constater que la réduction ne s'est pas maintenue et que toute l'extrémité supérieure du fémur avec le transplant sont luxés dans la fosse iliaque externe. Il faut utiliser une extension continue au clou de 8 kilogr., avec immobilisation plâtrée, pendant deux mois et demi. Il y eut ensuite fistule et suppuration du foyer. Le malade s'est levé au cinquième mois et est sorti le sixième mois.

La mobilité de la hanche était de 15° seulement, et le malade ne pouvait s'asseoir que difficilement. En 1930 il fallut enlever un séquestre. Actuellement le malade est complètement guéri, mais suit un traitement mécanothérapique.

En résumé, il s'agit de 3 très intéressantes observations avec deux forts beaux résultats dans les deux premiers cas.

J. Sénèque.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

James Collier. ***Observations sur l'hémorragie cérébrale due à d'autres causes que l'artériosclérose*** (*British medical Journal*, n° 3689, 19 Septembre 1931.) — En dehors de l'artério-sclérose, de la syphilis artérielle, de l'artérite calcaire du diabète, il y a un grand nombre de causes d'hémorragie cérébrale. Chez l'enfant, elles sont surtout la conséquence d'un accouchement laborieux. Elles sont causes de mort subite, de convulsions ou de diplégie cérébrale. Chez l'adulte, on rencontre l'hémorragie cérébrale ou méningée au cours de l'encéphalite épidémique, des tumeurs cérébrales. Mais C. attire l'attention sur de petits anévrysmes artériels, à peine gros comme des grains de chènevis, qui ne sont pas d'origine syphilitique et qui se rompent souvent. Ils proviennent en général d'une infection bactérienne: endocardite infectieuse, gonococcie, infection puerpérale. On les trouve également dans la polyartérite noueuse de Kussmaul, mais en fait on ne connaît pas leur étiologie. Eppinger pense que ces anévrysmes sont d'origine congénitale dus à un défaut de la paroi, à une rupture des fibres élastiques. D'autres auteurs pensent qu'ils sont dus à la disposition spéciale des artérioles se séparant à angle droit des gros troncs; à cet angle de séparation, les fibres élastiques n'existeraient pas.

Ces anévrysmes ne donnent lieu à aucun symptôme avant leur rupture. Dans les anévrysmes profonds, si la rupture est brusque, on a tous les signes d'une hémorragie cérébrale. Dans les anévrymes superficiels on a ceux d'une hémorragie méningée, variables avec le siège.

C. conseille de drainer par ponction lombaire. Parfois le sang se trouve bloqué par la formation de caillots et ne passe pas dans le liquide céphalorachidien, secondairement l'extension se fait alors vers la substance cérébrale; dans d'autres cas, l'hémorragie est primitivement sous-durale. Dans ces cas la mort survient par compression cérébrale.

André Plichet.

A. Glover et **F. Griffith.** ***L'amygdalite aiguë et quelques-unes de ses séquelles; observations sur son épidémicité et sur sa bactériologie*** (*British medical Journal*, n° 3689, 19 Septembre 1931). — L'amygdalite épidémique est une des maladies les plus fréquentes chez les enfants à l'âge scolaire. Elle est due à un streptocoque hémolytique. Ce microbe, selon sa virulence, peut causer une amygdalite, un catarrhe léger ou de la pharyngite avec fièvre, une scarlatine qui peuvent se compliquer à leur tour de rhumatisme aigu ou d'otite moyenne.

Plusieurs types de streptocoques hémolytiques peuvent donner la scarlatine. Le type 4 est le type dominant, mais les types 1, 2, 3, 4 sont ensemble responsables de 70 pour 100 des cas de scarlatine. Les 30 pour 100 restant sont dus à des streptocoques hétérogènes.

L'amygdalite épidémique sans éruption est généralement due à des streptocoques hétérogènes. Ces streptocoques ne donnent la scarlatine que lorsque leur pouvoir toxique est assez élevé pour triompher de l'immunité du malade.

Des observations faites dans deux épidémies d'amygdalite ont montré que des formes sévères avec complications, mais sans éruption scarlatiniforme, étaient dues à des streptocoques de types 1 et 2.

Dans toute épidémie de scarlatine, on trouve des cas d'amygdalite et de pharyngite au milieu de malades atteints de scarlatine, des porteurs de germes dont les streptocoques sont du même type que ceux isolés de la gorge des malades atteints de scarlatine. Ceci montre la difficulté de se rendre maître d'une épidémie de scarlatine.

Les épidémies d'amygdalite et les cas de scarlatine disséminés, et peut-être aussi les cas d'otite, laissent supposer des porteurs de streptocoques en grand nombre.

Les épidémies de rougeole et d'influenza, même dans de bonnes conditions hygiéniques, augmentent l'extension des streptocoques hémolytiques qui sont la cause des complications sévères de ces maladies.

Souvent les épidémies d'amygdalite et le grand nombre de porteurs de germes sont causés par les conditions d'habitation qui favorisent la transmission de l'infection. Le grand nombre de lits et le peu d'espace qui les séparent dans les dortoirs, l'absence de ventilation, un plancher déficient sont autant de conditions de propagation.

André Plichet.

Lawrence, Millman et **Pilkington.** ***Crise aiguë abdominale d'origine diabétique*** (*British medical Journal*, n° 3689, 19 Septembre 1931). — L., M. et P. rapportent le cas d'un diabétique de 31 ans à qui l'on faisait quotidiennement 40 unités d'insuline en deux injections. On dut, à un moment, cesser ces injections en raison d'une crise hypoglycémique survenue à la suite d'exercices physiques prolongés. Deux jours après l'interruption d'insuline, il devint somnolent, se plaignit de nausées. Le lendemain il ressentit une douleur abdominale extrêmement violente surtout périombilicale. Il y avait une défense généralisée des grands droits. Les urines contenaient du sucre et de l'acétone. Le malade n'était pas dans le coma, la température était de 36°8, le pouls à 160, la respiration à 36. Les réflexes achilléens et rotuliens étaient abolis.

On écarta le diagnostic de crises gastriques du tabes, le malade n'était pas syphilitique; la pleurésie diaphragmatique, il n'y avait ni toux, ni frottements pleuraux et la température était normale; mais on hésita avec un syndrome péritonéal aigu, une perforation d'un ulcère gastrique, d'autant plus qu'il y avait une leucocytose s'élevant à 51.000 avec 93 pour 100 de polynucléaires.

Après avoir calmé la douleur avec la morphine, on fit 60 unités d'insuline; le pouls s'accéléra, la somnolence devint plus marquée, les urines continrent plus d'acétone mais l'abdomen s'assouplit. Sept heures après, on refit 60 unités d'insuline et on donna au patient 20 gr. de sucre. Six heures après cette médication les symptômes s'améliorèrent. Dix heures après le chiffre des leucocytes était descendu à 26.000 avec 91 pour 100 de polynucléaires. Trois jours après le malade était guéri.

André Plichet.

H. Green, D. Pindar, G. Davis et **E. Mellanby.** ***Le régime alimentaire comme agent prophylactique de l'infection puerpérale*** (*British medical Journal*, n° 3691, 3 Octobre 1931). — Comme ils l'annonçaient dans un article paru dans le même journal en 1929, G., P., D. et M. ont cherché la valeur prophylactique d'un traitement par vitamine contre l'infection puerpérale. Expérimentalement chez l'animal un régime déficient en vitamine A et en carotène favorise les infections autogènes. Dans les contrées où les produits alimentaires contenant de la vitamine A tels que le beurre, le lait les œufs sont bannis de l'alimentation à cause de leur cherté, les infections comme les sinusites, le catarrhe des voies respiratoires, les otites, les broncho-pneumonies, les pyélites, les infections génito-urinaires sont souvent rencontrées.

Chez la femme enceinte, il faut que le régime contienne une certaine quantité de vitamine A et de carotène non seulement pour lui permettre d'être en état de résistance, mais aussi pour les besoins de son enfant. Il semble que l'organisme humain soit capable d'emmagasiner une certaine réserve de vitamine A dans le foie.

Chez la femme enceinte, on peut parfois rencontrer les signes d'une carence en vitamine A et après la guerre, à Vienne, on signala des cas d'héméralopie.

Expérimentalement chez des animaux carencés en vitamines A, les foyers infectieux se trouvaient de préférence au niveau des épithéliums ciliés et parmi ceux-ci au niveau de l'utérus. Les femelles gravides étaient infectées en nombre plus grand.

Les recherches cliniques des auteurs ont porté sur 550 femmes enceintes parmi lesquelles, sans choisir, on en mit 275 à un régime contenant un supplément de vitamine A sous forme de 45 gr. de radiostoléum donnés tous les jours pendant le mois qui précédait l'accouchement. Rappelons que le radiostoléum contient, par centimètre cube, 150 unités de vitamine A, 5.000 unités de vitamine D sous forme d'ergostérol irradié.

Chez les 275 femmes soumises à ce traitement, il y eut une mortalité de 1,1 pour 100 alors que chez les 275 autres, il y eut 4,7 pour 100 de mortalité par septicémie puerpérale.

D'une façon générale, en se basant sur la température, la vitamine A renforce la résistance à l'infection.

La préparation que G., P., D. et M. ont employée contenait de la vitamine A et de la vitamine D. Cette dernière est peu anti-infectieuse et on ne peut mettre en évidence sa soi-disant action contre l'inertie utérine. Mais dans la nature, elle est étroitement associée à la vitamine A et elle joue un rôle dans le métabolisme du calcium qui a une grande importance chez la femme enceinte.

Il faudra donc assurer pendant la gestation un régime riche en vitamine A composé de lait, d'œufs, de beurre, de légumes verts et de carottes. Le foie de mammifère est une source excellente de vitamine A et il faudra en donner une fois par semaine au moins. Naturellement les autres vitamines B, C, D ne doivent pas être négligées. Enfin quand le régime est pauvre en vitamine A pour des raisons économiques, il faut donner une préparation de vitamines liposolubles, l'huile de foie de morue par exemple, traitement que l'on poursuivra pendant toute la durée de l'allaitement.

André Plichet.

D. Nabarro et **G. Signy.** ***Les moyens de prophylaxie et de contrôle de la diphtérie, de la scarlatine, de la rougeole, dans les écoles et dans les familles*** (*British medical Journal*, n° 3691, 3 Octobre 1931). — La découverte importante dans la prophylaxie de la diphtérie est celle de la réaction de Schick qui a permis de juger de la valeur des méthodes pour l'immunisation contre cette maladie. L'isolement des cas de diphtérie dans les écoles, la recherche systématique des porteurs de germes a réduit le nombre des cas de cette maladie. Tout écoulement nasal, tout jetage, toute gorge suspecte sont ensemencés. Quand le résultat est positif, tous ceux qui ont été en contact sont à leur tour ensemencés et on leur fait une réaction de Schick. Tout ceux qui ont une réaction de Schick positive reçoivent immédiatement 1.000 à 2.000 unités de sérum qui leur donne en une heure une immunité passive qui durera vingt et un jours. Sous cette protection, on peut commencer une vaccination antidiphtérique. Dans ces recherches, il ne faut pas oublier le personnel de l'école que l'on soumettra à des ensemencements réguliers. Il serait naturellement préférable que le personnel fût vacciné. Dans les familles, après l'âge de un an, il est préférable de vacciner tous les enfants.

On sait maintenant que l'agent de la scarlatine est un streptocoque hémolytique. Si on ne peut l'isoler au premier stade de cette maladie parce qu'on est en présence d'une toxémie, on le retrouve à la période des complications septiques. La découverte de ce microbe a permis de faire la réaction de Dick, positive chez les non immunisés, et la fabrication d'un sérum antitoxique, préventif et curatif. Ce sérum injecté à la dose de 5 cmc change un Dick positif en un Dick négatif en vingt-quatre heures et cette immunité passive dure deux à trois semaines. Quand un cas de scarlatine se produit dans une école, on pratique une réaction de Dick chez tous les sujets. Le sérum est administré à tous ceux qui ont un Dick positif ou même une réaction douteuse dans les vingt-quatre heures; il faut se hâter à cause de la courte durée d'incubation de la scarlatine. On peut conférer une immunité active par des injections de toxine spécialement fabriquée, injectée à doses progressives. On injecte la première semaine 1/10 de cmc d'une toxine A, la deuxième semaine 0,4 de toxine A, la troisième semaine 1 cmc de toxine A, la quatrième semaine 1/4 de cmc de toxine C, la cinquième semaine 1/2 cmc de toxine C, la sixième semaine 1 cmc de toxine C. La toxine prophylactique A contient 2.500 unités de test intradermique, la toxine C contient 20.000 unités. On considère que l'enfant est vacciné quand il a reçu 35.000 à 40.000 unités. En général, les réactions sont peu sévères. Rarement on trouve une réaction scarlatiniforme avec angine, élévation de température et éruption pendant vingt-quatre à quarante-huit heures. Ces phénomènes disparaissent rapidement, sans autre complication, parce que la réaction est toxémique et non septicémique. Cette réaction violente se rencontre chez 10 pour 100 des adultes et 7 pour 100 des enfants.

L'immunité est acquise un mois après la dernière injection et dure plusieurs années. Dans les écoles tout le personnel devrait être immunisé activement après Dick positif. Dans une épidémie,

toute la population devrait être contrôlée et immunisée passivement. Les porteurs de germes doivent être repérés et isolés, car ils peuvent contaminer les sujets immunisés passivement dès la fin de leur immunité. Les écoles ne sont plus fermées à cause de la scarlatine car toute nouvelle admission pendant dix jours, après que s'est produit un cas de cette maladie, est immunisé passivement après réaction de Dick.

Après des opérations sur la gorge et le nasopharynx, on voit souvent se développer des infections streptococciques avec éruption et angine, que beaucoup de chirurgiens ne considèrent pas comme de vraies scarlatine. N. et S. pensent que ces cas sont des scarlatines authentiques et emploient les mêmes précautions prophylactiques quand un cas de ce genre se produit. Quelques laryngologistes avant d'opérer font faire un Dick et si c'est nécessaire font une injection de sérum.

Dans la pratique privée, il est difficile de pratiquer une injection de sérum antiscarlatineux chaque fois qu'un enfant est exposé à la contagion. Il faut pratiquer la vaccination chaque fois qu'on le pourra. Par ces moyens les cas de scarlatine, en Irlande, sont passés en 1930 de 43 pour 1.000 enfants à 1 pour 1.000.

Enfin on peut pratiquer la vaccination antidiphtérique et anti-scarlatineuse en même temps. Les deux produits peuvent se mélanger dans la même seringue juste avant l'injection.

La protection contre la rougeole est obtenue par l'injection de sérum de convalescents, méthode proposée par Nicolle et Conseil en 1916. La méthode de Debré et Ravina qui consiste à laisser se développer une rougeole atténuée par une injection de sérum de convalescent faite peu de jours avant l'éclosion de la maladie est peut-être préférable car elle donne une immunité active permanente. Les sérums de Tunnicliff, de Ferry et Fisher préparés avec un streptocoque que d'aucuns pensent être l'agent pathogène ne protègent que dans 40 pour 100 des cas alors que le sérum de convalescents protège dans 95 pour 100 des cas.

Le quatorzième jour après la défervescence, on recueille le sang de convalescents adultes exempts de syphilis et de tuberculose, dans une solution d'oxalate de calcium, ce qui permet d'obtenir après précipitation par le chlorure de calcium 60 pour 100 de sérum. Le Wassermann est pratiqué. On mélange les sérums de différents convalescents pour augmenter le pouvoir protecteur et on ajoute 0,5 pour 100 de phénol.

Les résultats que l'on obtient dépendent du moment de l'injection par rapport à l'incubation de la rougeole. Injecté avant le cinquième ou sixième jour de l'incubation, le sérum donne une protection complète et une immunité passive qui dure deux à quatre semaines. C'est ce que Copemann appelle la « séroprévention ». Injecté du sixième au neuvième jour le sérum protège partiellement et une rougeole atténuée se développe, c'est la « séro-atténuation ». Après le neuvième jour, on ne retire aucun bénéfice de l'injection de sérum; si l'éruption est sortie, elle donne le phénomène de blanchiment de Debré.

Les rougeoles atténuées se signalent soit par une élévation légère de température au quatorzième jour de l'incubation avec quelques éléments éruptifs sur le tronc et la face ou bien par du coryza et de la bronchite qui tournent court en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Jamais on ne voit dans ces cas le signe de Koplick.

La dose de sérum à injecter est de 5 cmc chez un enfant de 3 ans. Si on se sert de sang total, on doit doubler la dose. Suivent des statistiques qui montrent la valeur de la méthode.

André Plichet.

Murray Levick. ***L'organisation du traitement de la paralysie infantile*** (*British medical Journal*, n° 3692, 10 Octobre 1931). — Le succès de la thérapeutique à la période d'état de la poliomyélite dépend de la précocité du diagnostic. Dès qu'un cas est reconnu, dans le comté de Sussex, le médecin reçoit une certaine quantité de sérum anti-poliomyélitique de l'Institut Lister qu'il injecte dans les muscles et dans les veines et il doit continuer les injections jusqu'à la disparition de la température. Mais dès cette période, il y a des mesures orthopédiques à prendre; il faut placer les membres en bonne position sans toutefois les entourer de bandes qui augmenteraient l'atrophie.

Il ne faut pas abandonner l'espoir de voir un membre ou un groupe musculaire retrouver sa motilité. Anatomiquement les lésions ne sont pas définitives et il faut un certain temps pour que les cylindraxes se régénèrent.

Le traitement électrique est d'un grand secours, mais il faut qu'il soit appliqué par des mains expertes. Notamment, il ne faut pas commencer par le courant faradique, mais se servir d'abord du courant galvanique interrompu.

Il faut également se préoccuper de l'état général et pour cela il serait préférable de placer les enfants dans des conditions hygiéniques convenables avec de l'air, de la lumière, du soleil. Les rayons ultra-violets suivant la tolérance de chaque sujet peuvent améliorer l'état général mais localement sur les muscles paralysés, les rayons infra-rouges semblent avoir une action.

Ce traitement sera suivi d'une rééducation des mouvements qui s'étendra sur plusieurs années. Dans certains comtés anglais, il existe des établissements spécialisés dans le traitement de la paralysie infantile, mais ces établissements, en petit nombre, ne peuvent satisfaire aux demandes.

André Plichet.

Henderson. ***Le retour à la vie après l'asphyxie; la prophylaxie et le traitement de la pneumonie secondaire après l'inhalation de CO^2*** (*British medical Journal*, n° 3693, 17 Octobre 1931). — Dans les cas de noyade, d'asphyxie par l'oxyde de carbone ou par d'autres agents, d'accidents post-anesthésiques, empêcher la pneumonie secondaire est aussi important que de rappeler le sujet à la vie. L'inhalation de CO^2 mélangé à l'air ou à l'oxygène est le moyen le plus sûr de stimuler la respiration et de prévenir le collapsus pulmonaire qui devance la pneumonie. Ce traitement qui découle de l'expérimentation physiologique est appliqué d'une façon courante dans les pays anglo-saxons qui possèdent des appareils spéciaux, confiés aux hôpitaux ou aux pompiers. Ces appareils permettent de faire respirer sous pression un mélange d'oxygène et de gaz carbonique. La quantité de ce dernier gaz est de 7 pour 100.

Dans l'asphyxie du nouveau-né ce procédé remplace avec avantage les anciennes méthodes de l'insufflation, de la respiration artificielle, du bain sinapisé.

André Plichet.

A. Patrick. ***Diabète insipide consécutif à une fracture de la base du crâne*** (*British medical Journal*, n° 3693, 17 Octobre 1931). — Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans qui à la suite d'une chute de motocyclette se fit une fracture s'étendant de la fosse temporale droite aux étages antérieur et moyen de la base du crâne. A son admission à l'hôpital, il présentait un gonflement des paupières et une hémorragie de l'oreille droite et du nez. Le jour suivant: perte de la vision et de l'audition du côté droit. Cependant son état semblait s'améliorer. Une semaine après son entrée, il se plaignit de soif et devint irritable et somnolent. Ses urines dont la quantité avait été la première semaine de 1.400 gr. environ passèrent à 3 litres par vingt-quatre heures. Dix-huit jours après l'accident, la quantité des urines était de 4 litres 800, la température à 36°4, le pouls à 48, la respiration à 12. Sa soif était tellement inextinguible qu'il but dans la nuit l'eau d'une cuvette. On commença alors les injections d'extrait pituitaire à la dose de 1 cmc deux fois par jour. Aussitôt sa soif diminua, ainsi que la polyurie qui passa à 1.800 gr. La température s'éleva à 37°, le pouls à 68 et la respiration à 14. Avec une injection matin et soir de 3/4 de cmc l'équilibre de la diurèse fut réalisé.

Pour P., il est probable que le trait de fracture passait à proximité de la selle turcique, déterminant une hémorragie qui comprima l'hypophyse. Le fait que le diabète insipide n'apparut que huit jours après l'accident semble montrer que la glande pituitaire n'était pas directement lésée.

André Plichet.

Witts. ***L'anémie chronique microcytique*** (*British medical Journal*, n° 3697, 14 Novembre 1931). — Parmi les anémies qui n'ont pas de causes apparentes telles qu'hémorragie, infection, toxémie, cancer et que l'on appelle primitives, il en existe un type qui se signale par des globules rouges de très petite taille et contenant très peu d'hémoglobine avec, par conséquent, une valeur globulaire basse.

Ces anémies microcytiques se rencontrent presque exclusivement chez la femme en période génitale. Cette anémie a peu de tendance à régresser jusqu'à la ménopause; à cette période, elle disparaît complètement. Les femmes qui en sont atteintes sont de constitution peu robuste, ce sont de plus des anachlorhydriques, des constipées chroniques. Elles sont en général stériles et cependant elles ont des règles allongées ou des hémorragies *post-partum* qui durent des semaines.

Les globules rouges ne sont pas très diminués en nombre: 3.500.000 dans les cas sévères, mais ils sont de petite taille. L'hémoglobine est de 35 pour 100 et la valeur globulaire de 0,5 environ. On rencontre des normoblastes. La résistance globulaire est diminuée. Les hématoblastes sont en nombre normal ainsi que les globules blancs. La figure d'Arneth est ordinairement déviée vers la droite. La rate est palpable dans un tiers des cas, mais cette splénomégalie disparaît rapidement à la guérison de l'anémie. Une glossite superficielle qui ne peut se distinguer de la langue spéciale de l'anémie pernicieuse est rencontrée dans la moitié des cas ainsi qu'une stomatite. Cette inflammation s'étend dans 15 pour 100 des cas au pharynx, produisant la dysphagie qui peut être le seul symptôme.

Le pronostic de cette anémie est bon. Le foie, l'estomac de porc, l'acide chlorhydrique ne viennent pas à bout de cette anémie spéciale. Le fer est le traitement spécifique. Il doit être donné sous la forme de citrate de fer ammoniacal jusqu'à la dose de 3 gr. par jour et il faut continuer cette médication martiale pour éviter les rechutes. Si, malgré ce traitement, l'anémie persiste, il ne faut pas attendre la ménopause naturelle et on doit la provoquer par les rayons X, par le radium ou par l'hystérectomie subtotale.

André Plichet.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS (Chicago)

J. A. Wolfer (Chicago). ***Le rôle du suc pancréatique dans la production des affections vésiculaires*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome XLIII, n° 4, Octobre 1931). — Les recherches de W. ont eu pour point de départ le fait suivant.

En 1928, il opéra un malade atteint de crise de pancréatite subaiguë. La vésicule était distendue, sa paroi œdémateuse et très épaissie, sa séreuse violacée; elle avait tout l'aspect d'une cholécystite phlegmoneuse aiguë. Le microscope confirmait ce diagnostic, mais les cultures soit de la paroi vésiculaire, soit du contenu des voies biliaires, étaient stériles. W. pensa que les altéra-

tions de la vésicule pouvaient bien être la conséquence de l'action du suc pancréatique ayant pénétré dans la vésicule.

Pour établir le bien fondé de cette hypothèse, il a installé une série d'expériences sur le chien, soit en injectant du suc pancréatique directement dans la vésicule, le cystique ou le cholédoque, soit en dérivant le suc pancréatique dans le cholédoque.

Dans tous les cas, il y a eu des lésions pathologiques de la vésicule, sous forme de lésions dégénératives ou régénératives. Les premières consistaient en lésions de nécrose: 17 fois nécrose complète de la vésicule, 8 fois nécrose incomplète, avec en même temps traces nettes de tendance à la réparation. Sur 19 animaux, les lésions réparatives se présentaient sous forme de réactions hypertrophiques, hyperplastiques et inflammatoires.

Chez les chiens qui survivent suffisamment longtemps, on observe le tableau typique de la cholécystite chronique.

Chez l'homme, la pression étant plus élevée dans le canal pancréatique que dans le cholédoque, le suc pancréatique peut pénétrer dans ce dernier en cas de communication possible entre les deux conduits, ce qui s'observerait avec une fréquence variant entre 3,5 pour 100 pour Mann et Giordano et 84 pour 100 pour Westphal. Il serait possible, en pareil cas, que le suc pancréatique arrivât jusque dans la vésicule et y produisît des lésions. M. Guibé.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Levy Simpson, George Brown et **Alfred Adson.** ***La maladie de Raynaud, névrose vasomotrice*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXVI, n° 4, Octobre 1931). — Raynaud, en décrivant le syndrome qui porte son nom, émit l'opinion qu'il était la conséquence d'un trouble vasomoteur d'origine médullaire. Lewis ultérieurement exprima l'idée que les troubles relevaient d'une anomalie vasculaire.

Les auteurs ont examiné 9 malades présentant ce syndrome; ils ont cherché leurs réactions après anesthésie locale des nerfs, étudié leurs réactions à la transpiration, au bain froid, et se rallient dans l'ensemble aux conclusions premières de Raynaud.

Ils pensent que, dans les cas récents et relativement légers, non compliqués de maladie de Raynaud, l'anomalie siège dans le fonctionnement du système sympathique. Par l'anesthésie complète des fibres nerveuses ou l'opération, on supprime la possibilité de reproduire le syndrome. L'intégrité vasculaire est entière dans ces faits.

Dans les cas graves et compliqués, au contraire, il y a à la fois anomalie du système nerveux sympathique et de l'appareil vasculaire.

Dans leurs expériences, par la ganglionectomie sympathique lombaire, les auteurs n'ont jamais manqué d'abolir toutes les manifestations de la maladie dans les orteils. C'est sans doute la conséquence de ce fait que les orteils sont mieux protégés contre les complications secondaires. Pourtant, il peut exister sans doute les mêmes lésions vasculaires aux orteils qu'aux mains.

Il semble donc difficile de donner une interprétation univoque de tous les cas de maladie de Raynaud, quels que soient leur gravité et leur siège

H. Schaeffer.

W. G. Lennox. ***Les effets du travail intellectuel sur la circulation cérébrale*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXVI, n° 4, Octobre 1931). — Alors que les effets du travail musculaire sur l'état du sang ont été bien étudiés, ceux du travail intellectuel l'ont été assez peu. On ne saurait méconnaître sans doute les travaux expérimentaux des Forbes sur la circulation cérébrale et le rôle du système nerveux et de la composition du sang; ceux d'Alexander sur la circulation rétinienne, ainsi que ceux de Cobb.

L'auteur a étudié le contenu du sang veineux de la jugulaire interne venant de l'encéphale en oxygène et en acide carbonique chez 15 épileptiques d'abord, après les avoir mis au repos intellectuel, puis dix à quinze minutes après un effort intellectuel consistant dans la solution de problèmes d'arithmétique. Les résultats ne furent pas absolument concordants; mais, dans les deux tiers des cas, c'est-à-dire dans 10 sur 15 cas, on notait une augmentation de l'oxygène et une diminution de l'acide carbonique dans le sang ayant traversé l'encéphale. La moyenne de l'augmentation de l'oxygène contenu n'était pas considérable, il était de 0,9 pour 100 par volume, mais ce chiffre dépasse pourtant la moyenne du montant des variations physiologiques. Les augmentations observées sont donc très vraisemblablement la conséquence de la vaso-dilatation consécutive à l'effort intellectuel. H. Schaeffer.

PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

Posio et **E. Mongiordini.** ***Les formes extra-articulaires de la maladie de Bouillaud*** (*Prensa medica Argentina*, tome XVIII, n° 12, 30 Septembre 1931). — On connaît les conceptions de Grenet sur le rhumatisme articulaire aigu. Ce serait une affection générale. L'angine rhumatismale par exemple n'est pas la seule localisation de l'agent pathogène à ce stade. Aussi l'amygdalectomie, même totale comme pour la cure d'une tumeur maligne, n'arrête pas l'évolution ultérieure. Ce serait le contraire pour le rhumatisme chronique.

Grenet distingue 5 types de formes de cette maladie rhumatismale :

1° Des formes infectieuses pures, septicémiques. — 2° Des formes viscérales pures (cardiaques, pleuro-pulmonaires). — 3° Des formes pseudo-chirurgicales (abdominales, pseudo-appendiculaires). — 4° Une forme septico-pyohémique, caractérisée par des suppurations. — 5° Une forme nerveuse pure.

P. et M. rappellent une observation de Baudet: un tableau de péritonite appendiculaire; à l'intervention on trouve de la sérosité aseptique; puis une arthropathie apparaît, et tous ces troubles réagissent au traitement salicylé.

Ils rapportent un cas de maladie mitrale, un cas de péricardite, pures, puis un cas de péritonite qui en imposa pour un abcès du foie, jusqu'à l'apparition d'une arthropathie, et la guérison par le traitement salicylé. G. d'Heucqueville.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA (Buenos Aires)

B. Soria et **R. H. Ramirez.** ***Contribution anatomique et clinique à l'étude de la paralysie cérébrale infantile [type atonique-astatique de Foerster]*** (*Revista medica latino-america*, tome XVI, n° 189, Juin 1931). — S. et R. rapportent l'observation d'un cas de paralysie cérébrale infantile du type Foerster, le premier décrit en République argentine. Ils suivaient le malade depuis l'âge de 7 mois.

La symptomatologie consistait alors en spasmes de l'abdomen et des membres, déviation conjuguée de la tête et des yeux, incontinence, convulsions, amauroses transitoires, crises de larmes et d'agitation paroxystiques, immotivées. L'examen montrait une profonde débilité intellectuelle; téguments jaunes, micropolyadénopathies, rachitisme, foie petit. Liquide céphalo-rachidien normal.

L'enfant se tenait étendu sur son lit, le cou totalement flasque, présentant des mouvements choréo-athétosiques, et une stéréotypie tenace de l'acte de masturbation. Si on le soutenait, l'hypotonie apparente s'effaçait devant une hypertonie sous-jacente: sa statique était alors celle d'une maladie de Little.

S. et R. ont suivi pendant 6 ans l'évolution de la maladie vers la cachexie. L'autopsie a montré une atrophie marquée du foie. Les pièces anatomiques furent examinées par le professeur Marinesco. Il a trouvé dans le lobe pariéto-temporal gauche une désintégration kystique de la substance blanche jusqu'au niveau du pôle occipital ventriculaire, désintégration intéressant surtout la seconde circonvolution temporale gauche, le gyrus supra-marginal et le pli courbe. Les auteurs éliminent sans difficulté les diagnostics d'idiotie mongolienne, d'idiotie amaurotique familiale, de myatonie congénitale, de forme poliomyélitique de Werdnig-Hoffmann, etc.

Ils rappellent que le diagnostic positif de la paralysie cérébrale infantile de Foerster se fonde essentiellement sur: l'idiotie, la flaccidité des muscles du cou, l'hypotonie musculaire en position couchée, l'hypertonie musculaire en position verticale soutenue, l'existence de convulsions et de mouvements choréo-athétosiques.

G. d'Heucqueville.

A. Surraco et **H. Mezzera.** ***Le diagnostic pyélographique du kyste hydatique du rein*** (*Revista medica Latino-Americana*, tome XVI, n° 190, Juillet 1931). — Il n'y a pas une image pyélographique pathognomonique du kyste hydatique du rein. La pyélographie n'en donne pas moins des renseignements précieux dans la plupart des cas où l'on soupçonne cette affection.

« Le signe de la coupe » s'observe quand le kyste s'est ouvert dans l'arbre urinaire. S. et M. le définissent ainsi :

1° Une image à contours arrondis réguliers, parfaitement limités, en contact intime avec le bassinet et surtout avec un des calices du rein.

2° L'image a une base semblable à un croissant de lune plus ou moins ouvert, s'appuyant à son tour sur un des calices; et c'est précisément l'image de ce calice, qui s'appuie sur le bassinet d'une part et soutient de l'autre la base en forme de croissant du kyste, qui reproduit graphiquement l'aspect d'une coupe.

3° Cette base en forme de croissant, qui sert d'appui au kyste, se trouve constituée exclusivement par la base de l'enveloppe kystique, et non par l'élargissement de la cavité du calice, comme on pourrait le penser d'abord en observant le pyélogramme.

4° Quand la cavité se remplit, on voit clairement le contour régulier et arrondi de la tuméfaction, avec l'aspect d'une masse surajoutée au contour du rein, n'altérant pas ce contour.

5° Quand la cavité du kyste se remplit, l'image se reproduit toujours égale à elle-même, ce qui assure le diagnostic.

Il est plus difficile en l'absence du signe de la coupe. Il existe néanmoins deux images difficiles à méconnaître sur les clichés qui illustrent l'article: image du kyste intra-rénal, et image de kyste para-rénal.

La pyélographie est donc appelée à favoriser le traitement précoce du kyste hydatique du rein, maladie fréquente dans certaines contrées.

G. d'Heucqueville.

Erratum.* G. Phélizot** (Strasbourg). ***Le chlore, l'urée, la réserve alcaline dans les déshydratations du nourrisson. Déductions thérapeutiques (*Revue française de pédiatrie*, tome VII, n° 5, 1931). — 53e *ligne*. Au lieu de « Pour les autres formes sur une vingtaine de cas, P. n'a jamais trouvé de rétention chlorée », lire : « Pour les autres formes sur une vingtaine de cas, P. a presque toujours trouvé une rétention chlorée. »

REVUE DES JOURNAUX

L'ODONTOLOGIE
(Paris)

Léon Frey. ***Carie dure et carie molle; considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques*** (*L'Odontologie*, tome LII, n° 11, 30 Novembre 1931). — La cause des caries dentaires est encore l'objet de nombreuses discussions: cause externe purement chimico-parasitaire ou cause interne par trouble humoral entraînant la décalcification? F. concilie ces deux thèses en décrivant, à la lumière des travaux modernes, tant du point de vue anatomo-pathologique que du point de vue pathogénique: 1° une carie dure par troubles chimico-parasitaires et 2° une carie molle par faiblesse calcaire des prismes de l'émail et des tubes de l'ivoire.

Il arrive ainsi aux conclusions pratiques suivantes: « Dans la carie molle, le traitement doit être général et local. Recalcifiant surtout chez le jeune enfant dont les canaux radiculaires sont encore largement en communication avec le milieu humoral intérieur. Traitement local qui n'entrave pas, bien plus qui favorise la recalcification confiée au traitement général. » « Dans la carie sèche, l'intervention sera exclusivement locale, avec curettage plus rapidement complet et obturation définitive. »

C. Ruppe.

REVISTA MEDICO-CHIRURGICALA DIN JASI

D. Branisteanu, M. Beke et **J. Tisu** (Jassy), ***Traitement des insuffisances hépatiques par l'insuline et les hydrates de carbone*** (*Revista médico-chirurgicala din Jasi*, tome XLII, n° 1, Janvier-Février 1931). — Les auteurs publient les bons résultats qu'ils ont obtenus avec le traitement par l'insuline et les hydrates de carbone dans cinq cas d'ictère catarrhal, dans 5 cas d'ictère après traitement antisyphilitique, dans deux cas d'ictère au cours de la grossesse et dans trois cas de cirrhose hépatique.

Le traitement par l'insuline et les hydrates de carbone se propose comme but d'enrichir la cellule hépatique de glycogène, qui fait défaut au foie au cours des affections qui aboutissent à l'insuffisance hépatique.

En pareil cas, il convient d'administrer l'insuline à dose de 15 à 20 unités par jour en une ou deux injections. Dans les cas d'insuffisance hépatique grave, on peut administrer jusqu'à 100 unités d'insuline par jour.

En même temps, on fera prendre au malade des hydrates de carbone, soit sous forme d'injection intraveineuse de solution hypertonique à 20-30 pour 100 de glycose (20 à 30 cmc), soit par la bouche en quantité plus considérable. On réservera de préférence les injections intraveineuses pour les cas graves avec état comateux, dans les cas d'opérations sur les voies digestives ou lorsqu'il existe des troubles digestifs.

M. Guibé.

IL POLICLINICO [Sezione medica]
(Rome)

G. Melli. ***De la possibilité de provoquer des syndromes d'anaphylaxie active locale*** (*Il Policlinico* [*Sez. medica*], tome XXXVIII, n° 11, 1er Novembre 1931). — Dans une première série d'expériences, M. a exposé à plusieurs reprises des lapins à des vapeurs irritantes de brome, puis les a placés dans une cage close où du sérum de cheval était pulvérisé. Après un repos de 8 à 15 jours, les lapins ont été éprouvés par le sérum de cheval par voie veineuse ou en inhalation: aucun phénomène anaphylactique n'a été observé, mais il ne semble pas certain qu'une quantité suffisante d'antigène ait été absorbée par les lapins lors de la phase de sensibilisation, la réaction de précipitation étant toujours restée négative.

D'autres lapins ont été sensibilisés au sérum de cheval par voie veineuse; après une période de repos, ils ont été placés dans une atmosphère de vapeurs de brome, puis dans une cage où du sérum était pulvérisé. Au bout de quelques minutes, alors que les témoins n'ont pas réagi, les animaux étudiés ont présenté de l'agitation, puis une polypnée nette. La dyspnée fait bien partie du tableau du choc anaphylactique, mais dans ces expériences, elle a été vraiment prépondérante, ce qui semble en rapport avec le mode particulier de réinoculation de l'antigène.

M. montre ensuite que le phénomène de Spagnol (fixation élective des colloïdes à charge négative sur un tissu après irritation physique ou chimique) peut être réalisé avec des protéines hétérogènes. Si l'on frotte avec de l'éther la peau rasée de lapins, puis si l'on injecte du sérum de cheval dans leurs veines, on observe, en faisant des réactions de précipitation avec un sérum anti-cheval sur des extraits aqueux de peau, qu'il y a une accumulation réelle des protéines hétérogènes au niveau de la zone irritée; cette accumulation paraît avoir une valeur constante qui ne dépend pas de la quantité des protéines injectées. En répétant les injections et les frictions, on obtient des manifestations œdémateuses ou même gangreneuses, analogues au phénomène d'Arthus, mais strictement limitées à la zone irritée.

Voulant essayer de créer par une méthode analogue des syndromes d'hypersensibilité localisée aux poumons, M. a sensibilisé des lapins par des injections intraveineuses répétées de sérum de cheval, faites après inhalation d'éther jusqu'à narcose complète; l'injection déchaînante a été faite aussi par voie intraveineuse. 17 lapins sur 18 ont présenté une polypnée vive, le dernier une polypnée avec respiration sifflante, véritable accès d'asthme rapidement mortel. Pour rendre l'irritation locale plus importante, M. a injecté à d'autres lapins, directement dans la trachée, de l'éther émulsionné dans de l'eau; deux seulement survécurent aux injections répétées; lors de l'injection déchaînante, ils présentèrent une dypsnée très intense, mais non asthmatiforme. Fait à noter et sur lequel l'auteur reviendra, aucun des animaux sensibilisés sous narcose ou après friction de la peau à l'éther n'a présenté de manifestations générales de choc au cours des injections déchaînantes.

M. n'est donc parvenu qu'une fois à reproduire un accès d'asthme, ce qui dépend peut-être de la structure spéciale du poumon du lapin; mais, dans tous les cas, il a observé de la polypnée à peu près isolée, signe indiscutable de souffrance de l'appareil respiratoire. Ces expériences démontrent le bien-fondé de la conception clinique des hypersensibilités locales et permettent de mieux comprendre le rôle des épines irritatives dans l'asthme.

L. Rouquès.

C. Catteruccia. ***Contribution expérimentale à l'étude de la calcémie dans la séro-anaphylaxie*** (*Il Policlinico* [*Sez. medica*], tome XXXVIII, n° 11, 1er Novembre 1931). — Déterminant en série par la méthode de Kramer la calcémie du cobaye en état de séro-anaphylaxie, C. n'a pas observé de modifications du taux du calcium pendant les phases d'incubation et de sensibilisation anaphylactique. La calcémie est également normale au début du choc, puis baisse progressivement lorsque les accidents évoluent. L'hypocalcémie paraît dépendre d'une migration du calcium du plasma vers les tissus. Il n'y a donc aucune raison biologique qui permette de considérer le traitement calcique comme une méthode spécifique ou élective de prévention des accidents sériques.

L. Rouquès.

C. Arullani. ***Le reflux duodénal dans les conditions normales et pathologiques*** (*Il Policlinico* [*Sez. medica*], tome XXXVIII, n° 11, 1er Novembre 1931). — Le seul indice certain du reflux duodénal est la coloration jaune-verte du suc gastrique par les pigments biliaires; l'intensité de la coloration ne donne que des renseignements très imprécis sur l'importance du reflux; la présence de trypsine en abondance n'a guère de signification, tout au plus permet-elle de soupçonner le reflux.

A. a observé un reflux dans 65 pour 100 de ses tubages (51 chez 29 malades, dont 11 cas d'ulcères duodénaux, 11 cas d'achylie et 7 sujets sans lésions gastriques). Dans 33 pour 100 des cas, le reflux existe à jeun et dans 11 pour 100, il est continu; il est plus fréquent après les tubages fractionnés à jeun (80 pour 100), après injection d'histamine (70 pour 100), après repas d'Ewald (54 pour 100). Le reflux existe chez 42 pour 100 des hyperchlorhydriques, 86 pour 100 des hypo ou anachlorhydriques, 62 pour 100 des sujets à acidité gastrique normale; le reflux continu ne s'observe pas chez les hyperchlorhydriques.

Au cours d'un tubage, le reflux ne dépend pas du taux de l'acidité gastrique et ne le modifie pas; il est donc impossible d'interpréter le reflux comme un dispositif de sécurité destiné à maintenir la chlorhydrie à un niveau fixe. Chez un même sujet, le reflux peut exister ou manquer suivant les jours et le mode de tubage; il n'y a pas de rapport constant entre sa présence ou son absence et l'alimentation ou l'état pathologique. Aussi, la recherche du reflux n'a-t-elle aucun intérêt clinique.

L. Rouquès.

IL POLICLINICO [Sezione pratica]
(Rome)

B. Marini. ***L'extrait thyroidien dans le traitement de la cachexie des nourrissons*** (*Il Policlinico* [*Sez. pratica*], tome XXXVIII, n° 46, 16 Novembre 1931). — M. a traité des nourrissons cachectiques par des injections quotidiennes de 10 centigrammes d'un extrait total de corps thyroïde, réparties en deux séries de 10, séparées par dix jours de repos. Sur 11 nourrissons hérédo-syphilitiques, le traitement dut être interrompu 3 fois rapidement, en raison de l'apparition de tachycardie, de vomissements, de sueurs abondantes, d'agitation et d'œdèmes; dans quatre cas, la courbe pondérale et l'état général ne furent pas modifiés, dans les quatre derniers, le traitement semble avoir eu une action favorable. Six nourrissons hypotrophiques non syphilitiques ont supporté le traitement sans incidents; dans un cas, l'échec fut complet; dans un autre, le poids n'augmenta pas, mais des vomissements rebelles cessèrent; chez les autres, le corps thyroïde fit augmenter le poids d'une manière évidente et plus que chez les hérédo-syphilitiques.

L. Rouquès.

LA PEDIATRIA ESPANOLA
(Madrid)

Salvador E. Burghi (Montevideo). ***La chaleur, facteur étiologique des troubles de la digestion et de la nutrition des nourrissons*** (*La Pediatria Espanola*, 20e année, n° 230, Novembre 1931). —

En 1925 à la *Société de Pédiatrie de Paris*, B. communiquait les résultats d'une expérience faite sur 9 nourrissons âgés de 1 an 1/2 à 3 mois alimentés durant trois mois de la saison froide avec un lait de vache soumis pendant vingt heures à une température de 30° et stérilisé ensuite. Ce lait qui contenait 52 millions de germes par centimètre cube fut parfaitement bien supporté. L'année suivante, B. renouvela cet essai sur 12 nourrissons. Le résultat fut également satisfaisant et B. en conclut que les microbes banaux du lait ne sont pas responsables des troubles digestifs ou nutritifs observés si fréquemment dans le premier âge pendant l'été.

Il semble bien démontré que la chaleur de l'été exerce une action déprimante sur la tolérance alimentaire du nourrisson et qu'elle agit, comme l'admettent certains auteurs étrangers, notamment en Amérique, en provoquant une déshydratation brusque et intense.

Dans un article de la *Revue française de pédiatrie*, intitulé « L'acidose de la première enfance » (t. IV, 1930), B. publie 45 cas d'une telle déshydratation aiguë et dans tous ces cas on pouvait constater, cliniquement et biologiquement, les caractères d'une acidose nette. La déshydratation n'est sans doute pas le seul facteur des troubles digestifs constatés, mais elle les aggrave très notablement.

La déshydratation à elle seule ne peut produire l'acidose. Celle-ci nécessite l'intervention d'autres éléments étiologiques. Avec Corcan et Vallette, B. admet d'ailleurs que la fièvre de soif ne résulte pas de la seule suppression des apports aqueux. Elle ne se produit habituellement que par l'association de ce facteur avec la présence d'éléments que Finkelstein appelle hydrophiles et qui sont en première ligne le chlorure de sodium et l'albumine. Les fièvres de soif ont pour caractère commun de disparaître par l'administration d'eau, ce qui souligne les rapports de ces facteurs hyperthermisants avec le métabolisme de l'eau.

B. reproduit les objections que le professeur Marfan soulève contre l'importance attribuée à la chaleur dans la production de certains troubles digestifs du premier âge. Il s'efforce de les réfuter, mais il reconnaît que le *choléra infantile* et le *coup de chaleur* constituent deux états morbides entièrement différents.

G. Schreiber.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

C. Oehme. ***Le début des hyperthyroïdies*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 44, 30 Octobre 1931). — Le début des syndromes hyperthyroïdiens est souvent difficile à saisir. Nombre de signes cliniques sont d'interprétation discutable. Il serait donc intéressant d'avoir une réaction biologique précise permettant de déceler l'étape initiale de l'affection, l'étude du M. B. à ce stade pouvant induire en erreur. O. propose d'utiliser la réaction de Reid-Hunt caractérisée par la protection d'une souris blanche mâle à l'aide de sérum du malade contre certaines substances toxiques, protection qui peut être également réalisée par la thyroxine ou l'extrait thyroïdien.

Cette réaction se serait montrée positive dans tous les cas où des petits troubles d'hyperthyroïdie ont pu être mis en évidence. On a nié sa spécificité; cependant les observations de O., aussi bien chez les goitreux que chez les sujets indemnes de troubles thyroïdiens, confirment sa valeur. Par contre, ses variations ne seraient en général pas parallèles à l'évolution de l'affection qu'elle décèle sans permettre de la mesurer.

L'étude des stades de début et des périodes prémonitoires des hyperthyroïdies amène à considérer les relations des troubles du fonctionnement thyroïdien avec les autres glandes endocrines, en particulier hypophyse antérieure et ovaire. Outre les influences glandulaires importantes il y aurait lieu de tenir compte de notions météorologiques et saisonnières dans la constitution des symptômes thyroïdiens.

G. Dreyfus-Sée.

L. Alkan. ***La tétanie viscérale*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 44, 30 Octobre 1931). — Les rapports unissant les ulcérations gastriques et le fonctionnement parathyroïdien sont apparus à A. lors de l'observation clinique d'une femme qui présentait au cours d'une crise tétanique des manifestations douloureuses spasmodiques de l'estomac avec vomissements: tétanie et troubles digestifs cédèrent à la médication parathyroïdienne en vingt-quatre heures. La littérature médicale contient à cet égard des expériences intéressantes: sur 23 chiens parathyroïdectomisés, Carlson et Jacobson, de Chicago, trouvent à l'autopsie, 12 fois une hyperhémie de la muqueuse digestive et des foyers hémorragiques prédominants dans la région pyloro-duodénale. Dans 21 cas cliniques de tétanie, Falta et Kahn en 1912 ont noté 10 fois des manifestations gastro-intestinales spastiques avec hypersécrétion; 3 fois au moins, il s'agissait d'ulcères vrais, vérifiés anatomo-pathologiquement.

A. relate un cas presque expérimental concernant une femme dont les parathyroïdes furent enlevées au cours d'une thyroïdectomie pour goitre. Après deux ans de crises de tétanie, elle présenta des symptômes cliniques et radiologiques d'ulcus pylorique. Ces ulcérations digestives secondaires à l'insuffisance fonctionnelle parathyroïdienne sont différentes de la tétanie secondaire par hypocalcémie lors de sténose pylorique. La recherche de tétanie fruste chez les ulcéreux est très souvent positive: sur 200 cas de processus spastiques du tube digestif avec hypersécrétion gastrique et présence ou non d'ulcère, A. note 46 fois un signe de Chvosteck positif.

Il admet que l'insuffisance parathyroïdienne détermine des érosions disséminées et superficielles de la muqueuse gastrique. Ces érosions, normalement bénignes et vite curables, vont être soumises dans la région de l'antre chez les tétaniques à des contractions excessives entraînant une anémie locale; l'hyperpepsie et l'hyperacidité agissent au surplus pour les transformer en véritables ulcérations chroniques.

Ces hypothèses pathogéniques amènent à des conceptions thérapeutiques nouvelles: le traitement des ulcères digestifs avec signes de tétanie latente ou manifeste comporte donc la médication parathyroïdienne à laquelle on associera des injections intraveineuses de sels calciques. Quelques cures remarquables ont pu être ainsi obtenues. Le traitement devra être poursuivi longtemps, peut-être dans certains cas indéfiniment, comme le traitement insulinique. En particulier lorsqu'on l'a interrompu il serait bon de refaire quelques injections calciques au printemps et en automne, saisons correspondant normalement à une intensification de la sécrétion parathyroïdienne normale qui semble s'accomplir avec une relative périodicité.

D'ailleurs d'autres manifestations viscérales pourraient coïncider avec les phénomènes digestifs et, relevant de la même pathogénie, être justiciables de cette thérapeutique : asthme, affection vésiculaire, appendicite, syndrome occlusif, etc. Il est donc juste de parler d'une tétanie viscérale dont l'importance ne doit pas être méconnue.

G. Dreyfus-Sée.

Herzog. ***Le début du diabète sucré*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 45, 6 Novembre 1931). — Une rapide revue des données actuelles cliniques et biologiques sur le diabète permet d'espérer la réalisation du dépistage des formes latentes et des stades de début de cette affection. En particulier, il importe que tous les sujets présentant des antécédents familiaux de diabète se soumettent à un examen systématique. Pour permettre ce dépistage en série, l'épreuve la plus satisfaisante serait celle réglée par Staub et Traugott : hyperglycémie provoquée par ingestion de glucose à plusieurs reprises.

Staub a montré que le sujet sain réagit différemment du diabétique lors d'ingestion de glucose. Normalement 10 à 30 gr. de glucose suffisent à faire monter rapidement la glycémie, puis la courbe s'abaisse jusqu'au-dessous de la normale pour revenir ensuite à son chiffre initial.

Cette courbe diphasée avec ascension hyperglycémique et chute hypoglycémique est caractéristique de la production normale d'insuline.

Chez les diabétiques la phase hypoglycémique est retardée ou absente. La courbe des sujets atteints de diabète rénal est par contre semblable à celle des sujets normaux.

Staub et Traugott ont montré que si l'on répète les expériences, l'hyperglycémie est moins marquée chaque fois. Ce fait s'explique par l'hyperproduction insulinique qui détermine la chute glycémique normale. Si à ce moment on redonne du glucose, l'action hyperglycémiante provoquée est inhibée par l'insuline en excès. Par contre, chez les diabétiques vrais la deuxième ascension de la courbe est plus élevée et le retour à la normale se fait très lentement.

Ces épreuves fournissent donc des résultats intéressants pour le dépistage des diabètes frustes ou latents.

G. Dreyfus-Sée.

A. Schlossmann. ***Vaccination antivariolique et personnel hospitalier*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 46, 13 Novembre 1931). — Depuis la guerre la négligence des règlements concernant la vaccination antivariolique semble avoir pris des proportions considérables en Allemagne. L'étude des statistiques montre que sur l'ensemble de la population, à peine plus du tiers pourrait être considéré comme immunisé contre la variole en cas d'épidémie.

Le rôle des hôpitaux dans la propagation de cette redoutable affection paraît particulièrement important si on en croit les observations des 2 dernières épidémies de Dresde en 1918-1919 et de Hollande en 1929. Dans les 2 cas ce fut dans le personnel hospitalier que se propagea tout d'abord la maladie introduite par un matelot et c'est par son intermédiaire que la variole s'étendit dans les villes.

Une enquête pratiquée par S. parmi le personnel médical, infirmier et employé de l'hôpital de Dusseldorf montre que les mêmes faits se reproduiraient dans cette ville si un cas de variole y était introduit.

Sur 1.354 personnes employées à titres divers dans l'hôpital, 66,3 pour 100 ont subi leur dernière inoculation vaccinale depuis plus de douze ans, donc ne sont pratiquement plus immunisés. Le détail de l'enquête montre que le plus grand pourcentage de négligence se trouve parmi les médecins, professeurs ou assistants.

S. insiste donc sur la nécessité d'obtenir l'immunité absolue de tous les individus qui risquent d'être en contact immédiat avec les premiers malades. La durée de protection vaccinale serait, selon lui, moins longue qu'on ne l'a dit et il incrimine en partie la valeur moindre de la lymphe actuellement employée: beaucoup plus des 2/3 de la population allemande seraient actuellement susceptibles de contracter la variole en cas d'épidémie.

En conséquence, il est indispensable d'exiger la vaccination de tout le personnel hospitalier lors de l'entrée en service et de faire pratiquer une revaccination tous les trois ans.

G. Dreyfus-Sée.

Seiferth. ***Septicémie avec agranulocytose consécutive à une amygdalotomie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 46, 13 Novembre 1931). — L'observation relatée par S. constitue selon lui le deuxième cas d'agranulocytose succédant à une amygdalotomie. Il fut possible dans ce cas de déceler les stades initiaux de la modification sanguine qui semble avoir été déterminée par le processus septicémique dont le point de départ était le foyer amygdalien opéré.

L'apparition de signes locaux : gonflement ganglionnaire et douleur, fit tenter une ligature de la jugulaire qui demeura inefficace.

La mort survint un mois après le début.

S. considère qu'il s'agit là de septicémie avec retentissement spécial toxique sur la moelle osseuse déterminant l'agranulocytose pour laquelle il n'y aurait pas lieu d'incriminer un germe spécial. L'existence du foyer initial se retrouve ici comme dans les septicémies banales et justifie donc la tentative thérapeutique chirurgicale (ligature de la jugulaire) dans les cas très rares où on peut déceler l'affection dès son début.

Le plus souvent, en effet, l'agranulocytose n'est diagnostiquée que lorsque les phénomènes sont généralisés et graves. Le traitement demeure donc, en général, peu efficace. Les tentatives de radiothérapie osseuse et l'hépato-thérapie ont donné quelques succès, mais leur rôle est difficile à affirmer, car certaines régressions spontanées ont été constatées.

G. Dreyfus-Sée.

H. A. Guis. ***Vaccination antivariolique et personnel hospitalier considérés à un autre point de vue*** (*Deustche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 48, 27 Novembre 1931). — L'article consacré par Schlossmann à la vaccination antivariolique a amené cet auteur à des conclusions pessimistes contre lesquelles G. croit bon de protester.

A plusieurs reprises des cas de variole ont donné lieu à de petits foyers épidémiques dont la rapide extinction démontre bien que l'immunité en Allemagne est beaucoup plus étendue que ne le prétend Schlossmann. De même la durée d'immunité vaccinale paraît s'étendre à plus de dix ans ainsi que le montrent chez nombre de sujets les résultats des revaccinations. En tout cas l'intervalle de trois ans pour le personnel hospitalier est certainement trop faible et une inoculation pratiquée tous les cinq ans serait amplement suffisante. L'atténuation de la lymphe vaccinale n'est nullement démontrée, et d'ailleurs l'efficacité de la vaccination antivariolique telle qu'elle est pratiquée n'a guère besoin de meilleure preuve que celle de l'absence de toute épidémie grave, la mortalité quasi nulle par variole en Allemagne depuis de nombreuses années.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Munich, Vienne)

A. J. Weil et **F. Besser.** ***Les propriétés antigéniques de la cholestérine, des dérivés de la cholestérine et de la lécithine synthétique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 42, 17 Octobre 1931). — La notion d'haptène créée à la suite des travaux de Landsteiner a été approfondie notamment sous l'influence de Sachs et de ses collaborateurs qui ont montré que les extraits alcooliques d'un produit animal contiennent nécessairement un haptène. Dans ces conditions, la fonction haptènique doit être liée à la présence de lipoïdes et de stérines. Cependant Lavene, Landsteiner et Van der Scheer se sont demandé si cette conclusion était exacte et si le principe actif trouvé dans la lécithine du commerce ne devait pas être attribué à des impuretés.

Pour répondre à la question ainsi posée W. et B. ont étudié les propriétés antigéniques d'une série de stérines et de phosphatides. La cholestérine utilisée a été extraite de calculs biliaires cristallisés et lavés à plusieurs reprises. Les sérums des animaux traités par cette substance en suspension dans une solution physiologique ont donné des résultats nettement positifs. Il en a été de même avec la di-hydro-cholestérine, avec l'oxyde de cholestérine, avec l'acétate de cholestérine, avec le dibromide de cholestérine. Toutes les réactions obtenues ont été fortement spécifiques.

Les recherches se sont également étendues à la lécithine et plus spécialement à la di-stéaryl-lécithine dont la synthèse a été réalisée par Grün et Limpächer. Les antisérums obtenus avec cette substance diffèrent complètement des antisérums obtenus avec la lécithine du commerce. Celle-ci ne doit d'ailleurs pas contenir d'acide stéarique en qualité de radical d'acide gras alors que la distéaryl-lécithine en contient. D'autre part, l'activité de la lécithine *in vitro* est augmentée par l'adjonction de cholestérine.

P.-E. Morhardt.

Karl Singer. ***Hormone splénique et principe anti-anémie pernicieuse*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 42, 17 Octobre 1931). — Les recherches des auteurs américains permettent de conclure que, dans le foie, il existe une substance qui stimule la moelle et agit en cas d'anémie secondaire; ce serait, par contre, une autre substance qui se montrerait active à l'égard de l'anémie pernicieuse. La recherche de ce dernier principe est rendue difficile par le fait que cette maladie n'a pas encore pu être réalisée chez l'animal. Cependant, on sait que deux acides aminés, l'oxyproline et l'oxyglutamine, se montrent extrêmement actifs.

Avec les extraits de foie injectables comme Gänslen, par exemple, en a préparé, on a mis en évidence le fait que l'activité des produits est très différente suivant que l'administration est entérale ou parentérale. Dans le premier cas, il faut l'équivalent de 300 à 700 gr. de foie alors que dans l'autre cas, l'équivalent de 5 à 10 gr. suffit. D'autre part, Gänsslen constate que dans l'anémie à Bartonella des rats, cet extrait se montrerait actif. Cependant jusqu'ici, on n'était pas arrivé, par administration de foie, à prévenir l'apparition de cette anémie.

Quoi qu'il en soit, on peut se demander si, étant donné le résultat obtenu par Gänsslen, le principe actif contre l'anémie pernicieuse ne serait pas identique à l'hormone splénique. Diverses raisons et notamment l'influence du néosalvarsan sur l'anémie des rats ont amené S. à admettre que le principe actif contre l'anémie pernicieuse ne peut pas guérir l'anémie à Bartonella.

Il s'est ainsi déterminé à pratiquer la splénectomie chez des rats ayant subi une réinfection par Bartonella. A ces animaux, il a injecté diverses préparations de foie et notamment celle de Gänsslen ainsi qu'un extrait splénique concentré. Il n'a été possible, chez aucun de ces animaux, de prévenir l'apparition de l'anémie. Ainsi le principe anti-anémie pernicieuse et l'hormone splénique sont sans relations. Il ne faut d'ailleurs pas oublier qu'à côté du principe anti-anémie pernicieuse, le foie excite l'hématopoïèse, comme la viande, d'une façon non spécifique.

P.-E. Morhardt.

O. Klein. ***La démonstration de l'ictère latent par l'injection d'histamine intradermique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 44, 31 Octobre 1931). — Au cours d'expériences sur les effets de l'histamine, K. a constaté que, dans la papule provoquée par une injection intradermique de ce corps, les substances circulant dans le sang deviennent plus apparentes. Chez un ictérique, en particulier, la zone hyperémique se colore en quelques minutes en jaune intense. Cette coloration est bien mise en évidence si on pratique, dans une région symétrique, une autre papule avec une solution salée physiologique. Le contraste est alors très net. Il y a lieu d'admettre que ce phénomène est dû au passage de sels biliaires à travers la paroi capillaire.

Dans le cas d'ictère modéré, cliniquement tout à fait latent, alors que le taux de la bilirubine du sang est à peine plus élevé que la normale, on constate une coloration jaune intense. Ainsi l'épreuve de la papule d'histamine acquiert une signification diagnostique. Des recherches comparatives ont montré, effectivement, que cette épreuve permet de déceler une augmentation de 1 milligr. pour 100 du taux de la bilirubine du sang.

Dans l'ictère hémolytique, cette épreuve est également positive lorsque la réaction directe de Hijmans van den Bergh est négative et la réaction indirecte positive. Mais alors la coloration jaune est moins intense pour un même taux de bilirubine. Néanmoins, dans cette affection, cette épreuve est positive alors que l'ictère est encore cliniquement latent.

P.-E. Morhardt.

W. Paffenholz et **A. Schürmeyer.** ***Modifications du volume de la rate et du foie aux rayons Rœntgen sous l'influence de diverses modifications de la circulation*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 45, 7 Novembre 1931). — La rate et le foie sont considérés aujourd'hui comme capables de mettre, en certaines circonstances, du sang en réserve. Il était donc intéressant de voir dans quelle mesure le volume de ces organes varie suivant l'état de fonctionnement de l'appareil circulatoire en utilisant pour cela le sel de dioxyde de thorium de Radt.

Chez une femme traitée par le pyrifer pour tabes et paralysie générale, on a administré cette substance et mesuré, sur les radiographies, avec le planimètre, les dimensions du foie et de la rate au cours de la fièvre. On a constaté ainsi que le volume du foie augmente nettement à 38° et plus encore à 40°. Il n'est pas impossible, d'ailleurs, qu'en pareil cas, il y ait un certain degré de stase avec lésions cardiaques légères dues à la fièvre. Quant à la rate, elle tend plutôt à diminuer.

En faisant respirer un mélange de CO^2 et d'air, on a constaté une diminution nette du volume du foie. Les modifications de volume sous l'influence du travail n'ont pas pu être très nettement mises en évidence parce qu'il faut, pour faire ces radiographies, un temps pendant lequel l'organisme se repose.

Un bain de lumière, qui, d'ordinaire, augmente fortement le volume du sang, ne modifie pas appréciablement le volume du foie. Celui-ci augmenterait plutôt après refroidissement brusque. Sous l'influence de l'adrénaline, le volume du foie et de la rate diminue tandis qu'il augmente légèrement sous l'influence de l'histamine.

La narcose par l'avertine diminue le volume du foie peu après l'intervention. Ce volume n'est pas complètement revenu à la normale en quarante-huit heures. Les modifications de la rate se font en sens inverse. Il y a forte augmentation après l'intervention puis retour à la normale.

Dietrich Jahn. ***Altérations fonctionnelles du métabolisme comme causes des signes cliniques de l'asthénie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 46, 14 Novembre 1931). — L'asthénie est un état qui a été jusqu'ici assez difficile à caractériser. Les malades qui en sont atteints sont pour une part remarquablement maigres et présentent un habitus asthénique. Mais d'autres sont d'apparence plus vigoureuse et, particulièrement quand il s'agit de femmes, ont une tendance à l'obésité. Ils donnent tous cependant l'impression d'être fatigués; ils sont pâles, les mains et les pieds sont froids, parfois bleuâtres, tandis qu'au contraire, l'expression des yeux est assez vive et s'accompagne souvent d'un tremblement fin. Dans ces

conditions, on est amené à songer à un trouble thyroïdien ; mais le métabolisme de base est abaissé de 10 à 20 pour 100 et, dans un cas de J., à 43 pour 100. Enfin la pression est basse et l'amplitude du pouls faible : moins de 105 chez les hommes et moins de 100 chez les femmes. Quelquefois, il y a de l'asthme, du vertige, des nausées, des vomissements surtout le matin. La participation de l'estomac est manifeste : faim douloureuse, inappétence, ptose, etc., accompagnées de constipation et de spasme. Les urines sont alcalines et troubles. L'intelligence est généralement bonne.

Pour éclairer le problème pathogénique des cas de ce genre, J. a étudié les effets de l'administration d'hormones. Il a constaté ainsi que 1/2 cmc de suprarénine augmente le métabolisme et l'acide lactique du sang, c'est-à-dire les produits intermédiaires acides qui activent les combustions en agissant comme irritants sur les systèmes régulateurs. Divers mécanismes interviennent dans la régulation de ces phénomènes : les produits intermédiaires, qu'il s'agisse d'acide lactique ou de corps cétoniques, peuvent être resynthétisés par l'organisme en glycogène ou en graisse; l'élimination de l'acide carbonique, qui est sous la dépendance du centre respiratoire et aussi de la perméabilité du tissu pulmonaire qui varie sous l'influence d'hormone, intervient également ; la sécrétion gastrique peut débarrasser l'organisme d'une quantité anormalement élevée de valences acides même à jeun, en dehors de la digestion ; quant à l'élimination des acides par les reins, elle ne joue pas de rôle important ; celle des alcalins est plus significative.

L'adrénaline augmente la consommation de l'oxygène en favorisant la formation de produits intermédiaires acides. L'histamine, par contre, après une augmentation passagère des acides, favorise la resynthèse de l'acide lactique circulant ainsi que l'élimination d'acide par les poumons et par l'estomac. Ainsi, la consommation d'oxygène se trouve diminuée.

Les phénomènes de régulation ne ramènent normalement pas à l'état d'équilibre : une surcharge d'acide entraîne en effet un excès passager d'alcalins. Il y a là une surcompensation qu'il faut considérer comme une propriété précieuse de l'organisme sain. Mais, chez l'asthénique, cette surcompensation est exagérée comme le montre par exemple l'épreuve du travail : on constate que l'élimination de CO^2 persiste encore au bout d'une heure alors que le taux de l'acide lactique du sang est déjà revenu à la normale. De même, la sécrétion d'acide par l'estomac persiste longtemps. Dans ces conditions, l'acide lactique du sang, après avoir augmenté sous l'influence du travail, diminue fortement et il apparaît de l'hypoglycémie ; en même temps, les phosphates alcalins de l'urine atteignent une valeur élevée. Cette épreuve du travail montre pourquoi l'asthénique se plaint de ne pouvoir faire un effort. La dyspnée qui suit le travail appauvrit le sang en acide carbonique. Cet ensemble de réactions observées chez l'asthénique doit être considéré comme l'expression d'un état de vagotonie.

L'état de fatigue des asthéniques qui s'observe surtout le matin survient aussi bien chez les maigres que chez les obèses. Les états de surcompensation sont d'autant plus sévères que les relations de cause à effet sont plus disproportionnées. Il peut survenir une acidification d'un domaine limité qui entraîne en effet une réaction de l'organisme tout entier. On observe d'ailleurs des surcompensations de ce genre, par exemple, en cas de lésions mitrales. D'un autre côté, on connaît les relations de la crise d'asthme avec l'alcalose. Ces états de surcompensation doivent être rattachés, avec les conséquences qu'entraîne l'hyperventilation, à des phénomènes qui sont, dans une certaine mesure, d'ordre psychique. Entre les réactions mentales et somatiques il existe effectivement des rapports qui montrent bien jusqu'à quel point la personnalité du malade doit être envisagée dans son ensemble. En somme, la cause de ces réactions excessives doit être cherchée dans la régulation végétative et dans les sécrétions hormonales, plus spécialement dans l'action de l'histamine. Sous l'influence de cette substance, l'organisme perd la faculté de limiter l'élimination de CO^2 par les poumons lorsque la sécrétion gastrique commence à augmenter ou encore de limiter la sécrétion gastrique lorsqu'il y a hyperventilation à la suite d'un effort. D'un autre côté, l'histamine a des relations bien connues avec l'anaphylaxie et les états anaphylactiques.

Pour traiter ces malades et pour rétablir l'équilibre entre la production de l'élimination d'acide, J. utilise surtout l'administration orale de l'éphédrine, de l'éphétonine ou encore du sympatol qui est moins toxique. A ces substances acidifiantes, cet auteur ajoute du calcium sous l'action duquel les ions H augmentent dans l'organisme. Pour limiter la sécrétion gastrique à jeun, il donne également de l'atropine à des doses qui doivent être bien déterminées pour chaque cas particulier. Sous l'influence de ce traitement, l'élimination de CO^2 par les poumons, après le travail, diminue, l'urine est moins alcaline le matin et on n'observe pas une chute aussi marquée de la concentration de l'acide lactique du sang. En même temps, le métabolisme de base redevient normal. Enfin, un entraînement très exactement dosé peut être utile aux asthéniques.

P.-E. Morhardt.

W. Kœnig et **F. R. Weber.** ***La visibilité de la rate aux rayons Rœntgen comme méthode d'études des fonctions de la rate*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 46, 14 Novembre 1931). — K. et W. ont utilisé, pour étudier les fonctions de la rate après intervention, des lapins de 2.000 gr. auxquels il avait été injecté une préparation de thorium (tordiol). Peu après l'injection de ce produit, la rate peut être très bien radiographiée, surtout chez les lapins. K. et W. publient plusieurs séries de radiographies de rate prises chez des animaux et montrant que, d'un jour à l'autre, les dimensions de cet organe paraissent avoir beaucoup varié. Il s'agit là d'une apparence due à une modification dans la position de l'organe. Dans ces conditions, pour essayer d'obtenir des images de dimensions plus constantes, la rate a été préalablement fixée à la paroi abdominale par quelques points de suture. Mais les résultats n'ont pas été meilleurs pour cela, car la rate modifie quand même sa position.

Au total, il a été fait 120 radiographies qui ont confirmé ces premières constatations. Les déplacements spontanés de la rate sont si importants qu'il n'est pas possible de déterminer sa dimension exacte.

K. et W. font remarquer que, jusqu'ici, aucun auteur n'a donné exactement la méthode qu'il emploie pour radiographier la rate après injection d'une préparation de thorium. En ce qui les concerne, K. et W. ont utilisé un appareil du dernier modèle sous 53 kilo-volts, 400 milliampères ; temps d'exposition : 0,03 à 0,04 seconde ; distance entre la plaque et le foyer, 134 cm., en général.

En somme, il ne serait pas possible de déterminer les dimensions de la rate rendue opaque par le thorium au moyen d'une simple image radiographique non stéréoscopique.

P.-E. Morhardt.

F. Külbs. ***Hémiplégie passagère d'origine nicotinique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 47, 21 Novembre 1931). — Après avoir rappelé les effets du tabac et plus spécialement des cigarettes sur les vaisseaux (angine de poitrine, claudication intermittente, hypertonie, tachycardie, etc., etc.), sur l'appareil digestif (ulcère gastrique, colite, etc.), sur les glandes endocrines (thyroïde, organes génitaux), K. s'étend surtout sur un quatrième groupe de symptômes cérébraux.

Il donne ainsi 4 observations de parésie ou de paralysie centrale avec troubles de la parole. Dans aucun de ces cas, il n'existait d'affection organique du cœur ou des vaisseaux ni de sclérose multiple. La syphilis a pu être éliminée dans tous les cas. La lymphocytose, qui a été constatée dans tous les cas, et la forte augmentation du métabolisme qui a été constatée dans 3 cas, ainsi que l'amélioration provoquée par la cessation du tabac, montrent que c'est bien la nicotine qu'il faut rattacher ces symptômes.

S'il s'était agi d'artériosclérose, en effet, une pareille amélioration ne serait pas survenue.

P.-E. Morhardt.

E. Nathan et **H. Grundmann.** ***Sensibilité expérimentale de la peau humaine à l'égard d'un sérum homologue*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 47, 21 Novembre 1931). — Dans le cas de N. et G. on a pu déterminer, après 4 injections sous-cutanées de sang humain citraté appartenant au même groupe (B α) que le sujet d'expérience, un érythème avec infiltration moyenne et œdème. Il s'agissait bien d'un phénomène de sensibilisation comme l'ont montré les résultats de l'épreuve intra-cutanée. Cette hypersensibilité s'est manifestée à l'égard de six sérums humains appartenant à des groupes divers. Au cours d'une première période, cette sensibilité s'est manifesté uniquement par des réactions tardives, érythémateuses et infiltrantes. Ultérieurement, on a constaté des réactions précoces. L'épreuve de Prausnitz-Küstner a été négative.

L'hypersensibilité persistait encore une année après, avec cette différence cependant que sur cinq sérums utilisés, deux seulement ont donné une réaction positive au bout de 24 heures. Ainsi, il est possible de sensibiliser la peau humaine à l'égard de différents sérums humains et plus spécialement à l'égard d'un sérum appartenant au même groupe sanguin. Mais cette sensibilité n'a pas de spécificité de groupe.

P.-E. Morhardt.

Bernhard Stuber et **Konrad Lang.** ***Thrombasthénie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 48, 28 Novembre 1931). — A l'occasion de deux observations de thrombasthénie, S. et L. rappellent que cette maladie est caractérisée par des ecchymoses, des sugillations, des hématomes, parfois des épistaxis marquées, mais pas par des hémarthroses qui sont souvent constatées en cas d'hémophilie. Le nombre des thrombocytes est normal ou plus élevé que la normale, mais ces cellules présentent des particularités morphologiques et une insuffisance fonctionnelle.

Dans les deux cas qui ont été étudiés tout spécialement au point de vue du sang, on a confirmé ces constatations. On a noté que les plaquettes ne manifestent aucune tendance à l'agglutination, mais présentent de l'anisocytose, des formes géantes assez fréquentes, etc. Au point de vue de la chimie du sang, on n'a rien constaté d'anormal. Mais tandis que le temps de coagulation était normal, le temps de saignement était nettement prolongé, particulièrement dans l'un des cas. En ajoutant du nitrate de lanthane de manière à faire une solution à une concentration variant de m/40 à m/60, on atteint normalement le point iso-électrique des plaquettes. Avec une concentration variant de m/250 à m/150, l'agglutination commence. Or, la charge électrique des plaquettes est précisément la force antagoniste de l'agglutination et, par conséquent, un des facteurs principaux de la stabilité de suspensions des plaquettes. Plus la charge est petite, plus la tendance à l'agglutination et à la formation de thrombose est grande et inversement. Dans les cas de thromboses et de thrombophlébites étudiés par S. et L., le point isoélectrique des plaquettes n'a été réalisé que par une solution de lanthane variant de m/60 à m/80 et l'agglutination n'a commencé que pour

des concentrations allant de m/280 à m/180. Chez les hémophiles, la charge des thrombocytes serait également très élevée, le point iso-électrique variant de m/20 à m/30 et l'agglutination commençant de m/80 à m/100 de lanthane.

Dans les deux cas de thrombasthénie étudiés, la charge des plaquettes a été plus élevée que normalement. Le point iso-électrique était au voisinage de m/25 et l'agglutination commençait pour m/120 de lanthane. Il y avait donc augmentation de la stabilité. En somme, on doit admettre qu'il y a, dans cette maladie, hypofonction des plaquettes par surcharge électrique. S. et L. admettent comme Glanzmann que la valeur fonctionnelle des thrombocytes peut être prise comme mesure représentative de l'ensemble de la constitution.

P.-E. MORHARDT.

F. Adamcscik et **A. von Beznak**. ***Les effets de l'hormone parathyroïdienne sur le Ca de lait de femme*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 48, 28 Novembre 1931). — Il a été démontré que l'hormone parathyroïdienne augmente la concentration de calcium du sérum du sang. Dans ces conditions, on pouvait admettre que sous l'influence de cette hormone le calcium du lait augmente. A. et B. ont étudié cette question en faisant porter leurs recherches sur 3 jeunes nourrices de 19 à 22 ans. On a constaté ainsi que la concentration du calcium dans le lait est soumise normalement à des variations quotidiennes importantes allant de 8,5 à 30 milligr. pour 100 grammes. Les chiffres les plus bas sont constatés le matin; les chiffres les plus élevés sont atteints dans l'après-midi; il survient ensuite une baisse continue.

Après administration d'hormone parathyroïdienne, on observe d'abord que le calcium du sang augmente et, ensuite, que les variations de concentration du calcium du lait disparaissent: les chiffres trouvés se rapprochent des chiffres minima du matin. Dans ces conditions, sous l'influence de l'hormone, la quantité de calcium prise par le nourrisson diminue d'environ 10 pour 100. Il y a donc lieu d'admettre que, pendant la lactation, les parathyroïdes sont en état d'hypofonction.

P.-E. MORHARDT.

E. von Gierke. ***Maladie sanguine fœtale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 50, 12 Décembre 1931). — Le nom d'érythroblastose a été appliqué par Rautmann à des cas d'hydropisie générale congénitale dans lesquels on observe surtout une prolifération des érythroblastes. Mais cette hydropisie congénitale présente à divers points de vue des analogies remarquables avec l'ictère grave des nouveau-nés. Le caractère familial des deux maladies est particulièrement frappant. G. rappelle ce fait à propos d'une observation dans laquelle les éléments blancs du sang étaient également atteints et où il y avait, par conséquent, érythroleucoblastose avec œdème modéré, forte tuméfaction de la rate et du foie, ictère général et ictère du corps hypothalamique.

Il existe donc des affections sanguines qui peuvent frapper soit le système des érythroblastes, soit le système des leucoblastes, soit encore les deux ensemble.

L'étiologie de ces états est inconnue, mais il semble bien s'agir d'une affection familiale avec dégénérescence germinative, très étroitement apparentées l'une à l'autre et caractérisées par l'apparition d'éléments non mûrs de la série blanche ou de la série rouge avec prolifération de ces éléments spécialement dans le foie, la rate et d'autres organes. On constate donc souvent une tuméfaction du foie et de la rate. La leucoblastose présente les mêmes altérations que la leucémie extra-utérine. Les affections érythroblastiques sont rencontrées aussi bien dans l'hydropisie congénitale que dans l'ictère grave des nouveau-nés. En général, plusieurs enfants d'une même famille sont atteints par cette maladie sans que les parents présentent d'affection particulière.

L'ictère est fréquent dans l'hydropisie congénitale de même que l'œdème s'observe dans l'ictère grave. Il pourrait donc s'agir d'états essentiellement identiques, mais en apparence distincts parce que certaines circonstances ont amené à accentuer leurs manifestations dans un sens ou dans un autre. L'hydropisie congénitale s'accompagne toujours de mort intra-utérine ou survenant peu d'heures après la naissance. L'ictère grave qui survient de façon plus précoce que l'ictère banal des nouveau-nés n'apparaît cependant en général qu'après la naissance. Dans les deux maladies, on observe un placenta hyperplastique.

En terminant, G. remarque que Salomonsen vient précisément de publier l'observation d'une famille dans laquelle il est né 3 enfants dont 2 ictériques morts au 3e jour et un troisième mort immédiatement après la naissance avec œdème considérable et érythroleucoblastose.

P.-E. MORHARDT.

Endre v. Margitay-Becht et **Miklos**. ***Recherches hormonales dans l'acromégalie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome X, n° 50, 12 Décembre 1931). — M.-B. et M. ont observé six acromégaliques dont ils donnent l'observation résumée et chez lesquels ils ont procédé à l'épreuve de Aschheim-Zondek.

Sur ces six cas, il en est deux qui ont eu une réaction positive comme on n'en trouve d'ordinaire que dans la gestation ou dans le chorio-épithéliome. Dans 2 autres cas, il y a eu prolifération légère des follicules comme dans la réaction I. Dans l'un des 2 cas donnant la réaction III (lutéinisation), l'acromégalie avait débuté au cours de la ménopause et l'affection paraissait sévère et progressive. Dans un autre cas, donnant les réactions II (points hémorragiques) et III, l'acromégalie avait débuté à 26 ans et l'aménorrhée était remarquable, ce qui explique que Martin ait pu faire cesser des hémorragies génitales par administration d'hormone du lobe antérieur.

On sait, d'autre part, que les tumeurs de l'hypophyse paraissent agir sur les ovaires. C'est ainsi qu'on a trouvé, en pareil cas, un kyste lutéinique. Mais d'un autre côté, il est possible que la suppression de l'activité des glandes génitales conduise à une surproduction d'hormone préhypophysaire et conséutivement à l'acromégalie. On s'expliquerait ainsi l'acromégalie de la ménopause. Il semble qu'en pareil cas, ce soient les cellules chromophiles de l'hypophyse qui interviennent. Mais la question n'est pas encore résolue.

M.-B. et M. remarquent que, dans leurs cas, la gravité de la maladie a paru parallèle au degré de la réaction obtenue.

P.-E. MORHARDT.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Wilhelm Wieck. ***Le problème de « l'éosinophilie persistante »*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXI, n° 6, 16 Octobre 1931). — W. publie l'observation d'une femme de 58 ans atteinte d'un grand nombre d'affections des bronches, du poumon, de la plèvre, du péricarde et présentant des hémorragies cutanées, de l'herpès, du gonflement des articulations du pied et du gros orteil et enfin une éosinophilie qui dure depuis des années et qui s'accompagne de leucopénie.

Effectivement, ces altérations sanguines ont été constatées déjà en 1928 et ont été retrouvées sans modifications pendant les périodes de bonne santé de la malade. Le nombre des leucocytes a varié entre 1.800 et 5.200, celui des éosinophiles entre 3 et 30 pour 100 avec un chiffre moyen de 15 pour 100. On n'a jamais constaté de cellules non mûres pas plus neutrophiles qu'acidophiles et les éosinophiles ont toujours montré un déplacement vers la droite tandis que les neutrophiles présentaient un déplacement vers la gauche modéré. L'ensemble des lymphocytes et des monocytes a toujours fait le 50 pour 100 du nombre total. La valeur globulaire a toujours été inférieure à 1; les réticulocytes ont été généralement augmentés.

Des affections de ce genre ont été décrites sous des noms divers par un grand nombre d'auteurs: Bass, Giffin, Shapiro, Stillmann, Schmidt-Weyland, Mc Donald et B. Shaw, Langen et Diamil, Aubertin et Giroux, Drennan et Biggart, Brugsch, etc.

Dans ces divers cas, il y a eu cependant, à l'inverse de ce qui a été constaté par W., leucocytose et splénomégalie. Aussi, dans la plupart de ces observations, fait-on ressortir les analogies qui existent entre les symptômes constatés et ceux d'une leucémie bénigne. Par contre dans l'observation de W. il n'existe aucun symptôme leucémique. Chez cette malade, il s'agit d'une affection relativement bénigne et de longue durée, ce qui exclut la maladie de Hodgkin et un néoplasme ainsi que la tuberculose. On ne retrouve d'ailleurs pas de bacilles dans l'expectoration ni dans l'exsudat pleural. En cas de tuberculose, les symptômes cliniques et rœntgénologiques ne disparaîtraient pas si complètement au cours des rémissions. On ne retrouve pas non plus de parasites ni d'affection cutanée.

Une épreuve à l'adrénaline et à la pilocarpine a montré une sensibilité exagérée à l'égard de cette dernière qui a fait monter le nombre des éosinophiles à 28 pour 100 alors que l'adrénaline a fait baisser cette proportion. Cette vagotonie est souvent observée dans des affections anaphylactiques ou allergiques. Cependant dans le cas de W. aucun symptôme ne fait penser à l'asthme bien que l'éosinophilie diminue au moment des paroxysmes pathologiques comme elle diminue au moment des crises d'asthme.

P.-E. MORHARDT.

Hans Schulten. ***La formule sanguine de l'anémie pernicieuse au cours de rémissions déterminées par le foie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n° 1, 31 Octobre 1931). S. a étudié, dans un certain nombre de cas d'anémie pernicieuse, les modifications du sang par des méthodes très précises qu'il expose en détail. Le taux absolu de l'hémoglobine a été mesuré par le pouvoir de fixation pour l'oxygène. La détermination du volume des érythrocytes a été faite par la méthode à centrifugation de Sahli modifiée (emploi de 2 tubes dont l'un contient une quantité de sang double de celle que contient l'autre). La concentration de l'hémoglobine dans chaque érythrocyte a été déterminée en divisant la quantité d'hémoglobine par le volume total des érythrocytes, ce qui est suffisamment exact quand on admet que 1 cmc d'érythrocytes pèse exactement 1 gr.

Il a été ainsi constaté que, dans cette affection, les symptômes hématologiques sont extrêmement caractéristiques: augmentation de la quantité d'hémoglobine par érythrocyte, augmentation du diamètre et du volume moyen des érythrocytes, anisocytose, augmentation de la forme ovalaire des cellules; la poïkilocytose et la microcytose ont été fréquentes mais non constantes. D'autre part, on a constaté de la leucopénie avec leucocytose relative, éosinopénie, monocytopénie et surtout hypersegmentation des neutrophiles. Les plaquettes ont été diminuées, la bilirubine du sérum augmentée et l'hématine souvent présente.

Sous l'influence du traitement par le foie, toutes les valeurs trouvées augmentées par rapport à la normale ont diminué pour atteindre la limite supérieure de la normale mais rarement pour des-



cendre au-dessous. Dans un cas, où une bonne rémission avait duré une année, on a trouvé, presque constamment, une augmentation du diamètre moyen et de l'anisocytose. Cependant, les autres caractères comme la valeur globulaire, le volume moyen, l'hypersegmentation des neutrophiles, la lymphocytose, la microcytose, etc., n'ont pas été trouvés constamment élevés au cours des rémissions. Quant à la diminution des leucocytes, des monocytes éosinophiles, des thrombocytes, elle n'est pas constatée du tout dans les bonnes rémissions; en même temps l'hématine et la bilirubine pathologiques disparaissent complètement. La sédimentation des globules rouges a été accélérée mais avec un taux normal d'hémoglobine. Dans l'ensemble, l'étude du sang a montré, dans les rémissions, des caractères si nettement pathologiques qu'alors le diagnostic pouvait être fait au moins avec vraisemblance. Dans des affections du foie accompagnées d'ictère, on trouve, en effet, des caractères hématologiques de ce genre.

S. remarque en terminant que ni dans la période d'état ni pendant les rémissions, il n'a été possible de distinguer les mégalocytes des macrocytes de Naegeli. P.-E. Morhardt.

Joachim Herms. ***Echanges gazeux et glycolyse dans l'exsudat pleural*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n° 1, 31 Octobre 1931). — H. a cherché, par des analyses gazeuses portant sur divers exsudats, quelle est la respiration des tissus enflammés et quelles sont les relations des échanges gazeux et des symptômes de l'inflammation.

Il a ainsi constaté que la tension de CO^2 d'un exsudat clair concorde largement avec celle du sang veineux, mais, par contre, il y a diminution de l'oxygène dans les exsudats purulents, probablement du fait de la consommation d'oxygène par les leucocytes. La tension du CO^2 est également, en ce qui concerne les exsudats pleuraux clairs, très voisine de celle du sang veineux. Mais elle se rapproche aussi parfois de celle du sang artériel. Par contre, les exsudats pleuraux purulents présentent une tension de CO^2 anormalement élevée (jusqu'à 104 mm.). Le taux de CO^2 dépasse celui du sang quand les exsudats sont riches en cellules ou purulents.

La concentration des ions d'hydrogène déterminée par la mesure des relations entre le CO^2 fixé et le CO^2 libre est nettement acide dans tous les exsudats riches en cellules, et plus spécialement dans les exsudats purulents.

Dans ces exsudats, on constate que, du fait de l'activité des leucocytes, il y a désintégration du sucre et le sucre ainsi consommé n'est pas remplacé par l'arrivée de sucre du sang. Parmi les produits intermédiaires qui résultent de cette désintégration, figure particulièrement l'acide lactique. Il existe donc un certain parallélisme entre la diminution du CO^2 total, diminution qui se fait aux dépens du CO^2 fixé, le déplacement du p_H vers l'acidité et la glycolyse. L'acidose constatée dans les exsudats riches en cellules doit donc être la conséquence de la glycolyse et les produits acides intermédiaires contribuent à faire diminuer le CO^2. P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für UROLOGISCHE CHIRURGIE (Berlin)

R. Chwalla (Vienne). ***Le traitement chirurgical de la néphrite chronique et ses résultats*** (*Zeitschrift für urologische Chirurgie*, tome XXXIII, fasc. 3-4, 22 Octobre 1931). — C. conseille d'opérer d'une part les néphrites chroniques dans lesquelles un symptôme devient inquiétant (hématurie par exemple); d'autre part, les néphrites aiguës qui se prolongent plus de quatre semaines, ainsi les néphrites chroniques seraient opérées à « l'état naissant ».

On doit recourir à la décapsulation du rein, (bilatérale) chaque fois que l'état du malade le permet. On en obtient le plus souvent une grande amélioration.

Les petits reins atrophiques bénéficient beaucoup de l'opération, non les gros reins blancs ou bigarrés. Si l'insuffisance rénale est trop marquée au moment de l'opération, il n'y a rien de bien bon à en attendre.

C. publie avec beaucoup de détails 10 sur 11 des observations des malades qui ont été opérés.

Trois, dont l'état n'avait permis que la décapsulation unilatérale, ont succombé aussitôt après l'opération (anurie et urémie préexistantes qui ont continué, insuffisance cardiaque).

Un malade a été perdu de vue, un autre est mort de sa néphrite au bout de onze mois, un dernier enfin a succombé accidentellement au bout de dix mois. Les 5 autres malades opérés sont en bonne santé depuis six à onze ans.

G. Wolfromm.

G. Nicolich (Trieste). ***Contribution à l'étude des néphrites hématuriques et des prétendues hémorragies rénales essentielles*** (*Zeitschrift für urologische Chirurgie*, tome XXXIII, fasc. 3-4, 22 Octobre 1931). — Les hématuries de cause obscure relèvent le plus souvent d'une néphrite microbienne ou de néphrites à foyers emboliques non suppurés. Dans quelques cas, il s'agit d'une glomérulo-néphrite diffuse ou d'une sclérose rénale, dont les symptômes sont peu marqués ou éclipsés par la forte hémorragie. Il reste toutefois un certain nombre de cas où l'on ne met en évidence aucune lésion rénale ou des lésions si minimes que l'on ne peut leur rapporter logiquement une hématurie massive; c'est dans ces cas que l'on parle d'*hématurie essentielle*. Parmi les causes possibles de ces hémorragies, il faut penser aux troubles circulatoires d'origine nerveuse, à la tendance de certains organes au saignement, liée à une diminution de la coagulabilité du sang et peut-être aussi à une modification de cause toxique de la perméabilité de la paroi des capillaires ou de la capsule de Bowmann, modification non constatable histologiquement, mais qui permet le passage des éléments figurés du sang.

Avant de conclure à une néphrite hématurique ou à une hématurie essentielle, il faut exclure par un examen approfondi les maladies ou l'hémorragie peut jouer un rôle clinique prédominant ou même exclusif: tuberculose, lithiase, tumeur du rein ou de son bassinet.

Au point de vue thérapeutique, il faut se contenter d'une décapsulation et renoncer à la néphrectomie tant que le radiodiagnostic ne montre pas l'existence d'une tumeur ou qu'il n'existe pas de modification macroscopique extérieure du rein. La néphrectomie est, en dehors de ces cas, excessive et dangereuse; la néphrotomie expose à de graves hémorragies. La décapsulation est l'opération de choix; elle ne dispense pas de suivre ultérieurement l'évolution clinique de la maladie; si quelque symptôme d'une affection précise apparaît, on peut alors intervenir immédiatement.

Il faut préférer la décapsulation au traitement médical. L'opération guérit souvent l'hémorragie et parfois permet le diagnostic.

G. Wolfromm.

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (Londres)

F. W. White et **I. R. Jankelson.** ***Hémorragies gastro-intestinales dans les maladies de la vésicule biliaire*** (*The New England Journal of Medicine*, tome CCV, n° 17, 22 Octobre 1931). — Les cas d'hémorragies gastro-intestinales abondantes dans les maladies de la vésicule biliaire sont rares si l'on ne tient compte que de ceux où l'opération a permis d'éliminer toute erreur de diagnostic, notamment l'ulcère gastro-duodénal de diagnostic parfois très difficile, parce que son histoire clinique est peu nette et que les cholécystites peuvent s'accompagner d'adhérences qui provoquent des déformations radiologiques du duodénum et du pylore.

En se basant sur 6 cas personnels et 6 découverts dans la littérature médicale, W. et J. précisent les circonstances qui accompagnent ces hémorragies et cherchent à expliquer le mécanisme de ces accidents. Ils surviennent entre 40 et 70 ans, presque toujours chez les femmes, la vésicule biliaire contenait des calculs dans 8 cas sur 12.

Dans 10 cas sur 12, il s'agit d'hématémèse, 2 fois seulement de melæna. Dans 1 cas, les hémorragies intestinales se reproduisirent 3 fois à un an d'intervalle.

Le diagnostic est souvent difficile. Lorsqu'il y a association d'ictère, on peut envisager une affection de la vésicule biliaire. Le diagnostic avec l'ulcère peptique est d'autant plus difficile qu'il n'est pas rare de voir coexister ulcère et lithiase biliaire; l'ulcère peut guérir après l'hémorragie et les calculs vésiculaires être trouvés seulement à un examen radiologique ultérieur ou à l'opération.

L'hépatite associée à la cholécystite peut être un facteur d'hémorragie, mais cela ne ressort pas avec évidence de l'étude des observations rapportées.

Dans quelques cas, l'hémorragie peut être expliquée par une perforation de la vésicule biliaire et formation d'une fistule ou par un infarctus hémorragique de la vésicule. Dans la grande majorité des cas, W. et J. admettent que pour expliquer les hémorragies, la théorie de Naunyn est la meilleure: les toxines provenant de la vésicule infectée passent dans le sang et provoquent le saignement de la muqueuse de l'estomac ou du duodénum; à moins qu'il ne s'agisse de thrombose des veines gastriques ou d'anévrisme des artères des canaux biliaires provoquant une hémorragie dans ces conduits.

Robert Clément.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

H. Long, E. Bliss et **H. Carpenter.** ***Etiologie de la grippe : expériences de transmission à des chimpanzés avec des filtrats provenant de malades atteints de la grippe*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 16, 17 Octobre 1931). — L., B. et C. ont étudié la possibilité de transmission aux singes de la grippe, en employant une technique analogue à celle utilisée par Dochez et ses collaborateurs dans l'étude du virus du rhume de cerveau.

Ils ont injecté dans les voies respiratoires de 4 singes des filtrats provenant de la gorge de malades atteints de grippe. Dans tous les cas, ils ont réussi à déterminer chez le singe l'apparition d'une affection caractérisée par une température à 39°, de la prostration et de la leucopénie. De plus, un filtrat, conservé en glacière pendant 123 jours, se montra capable encore de déterminer cette affection chez un singe.

Chez les singes convalescents de cette grippe expérimentale, les auteurs n'ont pu réussir à provoquer un rhume de cerveau suivant la technique d'inoculation de Dochez. D'autre part, celui-ci ne peut inoculer la grippe à des singes convalescents de rhumes de cerveau. Peut-être ces deux affections sont-elles dues au même virus, dont la virulence est variable suivant les époques.

R. Rivoire.

M. Comfort et **A. Osterberg.** ***La sécrétion gastrique après stimulation par l'histamine, en présence de lésions gastro-duodénales variées*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 16, 17 Octobre 1931). — C. et O. étudient la stimulation gastrique par l'histamine, et sa valeur comparativement au repas d'épreuve d'Ewald. Leur conclusion est que l'épreuve à l'histamine n'est supérieure que pour séparer la véritable achlorhydrie de l'achlorhydrie relative observée après repas d'Ewald. Au point de vue diagnostic, l'épreuve à l'histamine n'est pas supérieure à l'ancienne technique, la proportion d'hyperchlorhydrie cancéreuse et d'achlorhydrie au cours des ulcères étant au moins aussi forte qu'après repas d'épreuve.

Le volume de la sécrétion gastrique est directement en rapport avec le degré d'acidité du liquide. D'ailleurs, les causes d'erreur sont si nombreuses que la valeur de cette mesure est faible.

Quant au dosage du chlore total et des bases totales, les résultats qu'ils donnent sont exactement parallèles à la mesure de l'HCl libre: leur dosage ne présente donc aucun intérêt pratique.

R. Rivoire.

E. Patterson. ***Le danger de la dilatation des rétrécissements urétraux par l'huile : 2 cas d'embolies graisseuses mortelles*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 16, 17 Octobre 1931). — L'introduction dans l'uretère d'huile sous pression est utilisée par beaucoup d'urologistes, pour permettre le passage d'une filiforme dans les rétrécissements très serrés. C'est là une manœuvre dangereuse, car l'auteur a observé deux cas d'embolies graisseuses rapidement mortelles à la suite de ce traitement. Dans les deux cas, le malade fut pris immédiatement après l'ingestion de dyspnée intense et d'hémiplégie gauche. La mort survint très vite dans le premier cas, au bout de sept heures dans le second.

A l'autopsie du dernier malade, des traces importantes de graisse furent trouvées dans les capillaires pulmonaires et dans les reins. Mais on ne trouva rien dans le cerveau.

R. Rivoire.

J. Merle-Scott et **J. Morton.** ***Comment différencier un spasme artériel périphérique d'une oblitération chez un malade non hospitalisé ?*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 17, 24 Octobre 1931). — Il est toujours intéressant, en cas de gangrène ischémique des membres, de savoir quel est le rôle étiologique de l'élément spasme et de l'élément oblitération artérielle. Un certain nombre de méthodes ont été proposées dans ce but. En Amérique, on utilisait le plus souvent la paralysie des vasomoteurs, déterminée par l'anesthésie rachidienne ou générale: si, au cours de cette anesthésie, on notait sur le membre malade une ascension de la température superficielle aussi forte que chez un sujet normal, on faisait jouer le rôle essentiel au spasme vasculaire: si, au contraire, il ne se produisait aucune modification thermique, l'oblitération artérielle mécanique était en cause.

Les auteurs ont observé que, en cas d'anesthésie régionale par block d'un tronc nerveux à la cocaïne, une élévation thermique aussi importante qu'au cours des anesthésies centrales se produisait dans le territoire innervé par le nerf. Aussi ont-ils substitué pour le diagnostic étiologique des oblitérations artérielles l'épreuve de l'anesthésie tronculaire aux anciennes méthodes: elle présente en effet beaucoup moins de danger et peut être faite chez des malades non hospitalisés.

Au membre inférieur, ils font une injection de cocaïne derrière la malléole interne, qui anesthésie le nerf tibial postérieur. Pour le membre supérieur, on fait une anesthésie du radial à l'épaule ou du médian au-dessus du poignet, et on observe une élévation thermique dans le territoire de ces nerfs.

R. Rivoire.

E. Eggleston. ***Affections secondaires à l'achlorhydrie*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 17, 24 Octobre 1931). — On sait maintenant que l'achlorhydrie est une affection fréquente, surtout chez les vieillards (plus de 50 pour 100 au-dessus de 60 ans). Elle est due sans doute à une gastrite chronique progressive, dont les causes sont encore mal connues. Mais la véritable achylie est exceptionnelle: même dans l'anémie pernicieuse, on n'observe d'ordinaire qu'une diminution de la sécrétion diastasique, et non pas une véritable achylie, à condition d'étudier la sécrétion gastrique après injection d'histamine. Il semble bien d'ailleurs que l'anémie pernicieuse ne soit pas due à l'absence d'HCl ou de pepsine, mais probablement à l'absence d'un ferment inconnu, capable de former à partir des albumines alimentaires un produit hématopoïétique.

L'achlorhydrie s'observe dans 50 pour 100 des cancers gastriques; il semble que l'achlorhydrie ait précédé le cancer, et soit due à une gastrite chronique, favorisant en même temps le développement de la tumeur maligne. L'achlorhydrie est aussi un symptôme fréquent dans les diarrhées chroniques, les affections des voies biliaires, les arthrites chroniques, mais leur rôle étiologique n'est pas certain dans ces cas.

R. Rivoire.

J. Wechsler et **N. Savitsky.** ***Hyperthyroïdisme associé à un syndrome parkinsonien*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 18, 31 Octobre 1931). — L'association de maladie de Basedow et de Parkinson est relativement rare. La plupart des cas rapportés semblent une simple coïncidence, d'autant plus que le Basedow précédait d'ordinaire le début du Parkinson. L'auteur rapporte deux cas où les symptômes de goitre exophtalmique apparurent au cours de l'évolution d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique. Ces observations posent la question de l'origine mésencéphalique du Basedow.

R. Rivoire.

B. Norman Bengtson. ***Le traitement de l'alopécie par les extraits hypophysaires*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 19, 7 Novembre 1931). — B. a eu l'idée de soigner les alopécies par l'opothérapie hypophysaire après avoir vu une malade atteinte de syndrome adiposo-génital subir une abondante hypertrophie capillaire à la suite d'un traitement par des extraits totaux d'hypophyse. D'ailleurs, étant donné les relations intimes de l'hypophyse et des glandes sexuelles, une action de cette glande sur la croissance des cheveux n'a rien qui puisse surprendre.

B. a depuis quatre ans essayé ce traitement chez 16 malades atteints de calvitie totale datant de longtemps (23 ans dans un cas) avec un succès ininterrompu. 50 centigr. d'hypophyse totale (sous forme d'extrait) furent injectés 4 à 5 fois par semaine, pendant des périodes prolongées (plusieurs mois souvent): le résultat ne s'obtient d'ordinaire qu'après un traitement de longue durée; cependant l'apparition d'un fin duvet peut s'observer après quelques semaines. Bientôt le duvet fait place à des cheveux blancs, puis la recoloration totale survient. La plupart des malades ainsi traités étaient atteints de pelade decalvante ou d'alopécie nerveuse. Cependant récemment, B. a entrepris le traitement de plusieurs sujets atteints d'alopécie séborrhéique, et les résultats semblent beaucoup plus rapides que ceux observés antérieurement dans les alopécies nerveuses.

Nul doute qu'il y ait dans ces résultats cliniques un essai thérapeutique du plus haut intérêt, qui mériterait une vérification sur une échelle plus large; malheureusement, il n'existe guère en France d'extraits hypophysaires commerciaux dont l'activité soit incontestable; et leur prix de revient prohibitif interdit une expérimentation clinique suffisante.

R. Rivoire.

M. Bass et **S. Karelitz.** ***Tétanie accompagnée de fièvre et de vomissements dans les premiers jours de la vie*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 19, 7 Novembre 1931). — Il est classique de dire que la tétanie ne s'observe guère chez l'enfant avant un an. B. et K. rapportent pourtant 3 observations de tétanie indubitable, avec signe de Chvostek très net, phénomène de Trousseau et spasme carpopédal, chez des nouveau-nés. Mais la tétanie dans ces 3 cas s'accompagnait de symptômes inusuels, notamment d'hyperthermie atteignant 41°-42°, de vomissements incessants. Ces observations, à rapprocher de celles analogues de Kehrer et de Shaunon, ne sont pas de la tétanie véritable: peut-être la tétanie est-elle secondaire avec vomissements. De toute façon, l'administration de gluconate de calcium par voie intraveineuse aboutit à la guérison immédiate, même dans les cas presque désespérés. Il est donc utile de connaître la possibilité de ce syndrome, d'ailleurs assez rare.

R. Rivoire.

A. Erastène et **G. Robb.** ***Une épidémie familiale de glomérulonéphrite diffuse aiguë*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 19, 7 Novembre 1931). — Les épidémies de glomérulo-néphrite aiguë s'observent rarement dans la pratique civile: aussi l'observation de E. et R. est-elle fort intéressante; il s'agit d'une épidémie ayant frappé successivement 6 enfants de la même famille, sans qu'aucun ait présenté de symptômes de scarlatine. Dans tous les cas, la néphrite s'accompagna d'œdème important et d'hématurie, et la guérison survint dans un laps de temps variable, même dans un cas où coexistait une rétention uréique notable pendant la période aiguë.

Des examens bactériologiques de la gorge des malades révélèrent dans tous les cas l'existence de colonies importantes de streptocoques viridans ou de streptocoques hémolytiques.

E. et R., étant donné l'analogie de cette épidémie de néphrite aiguë avec la néphrite scarlatineuse, supposent qu'elle était due à une réaction allergique à la suite d'une infection des voies aériennes supérieures par le streptocoque.

R. Rivoire.

M. Kim et **A. Ivy.** ***La prévention des ulcères duodénaux expérimentaux par ingestion de mucine gastrique neutre*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 21, 21 Novembre 1931). — Récemment Fagelson a préparé, en partant de la muqueuse gastrique, une mucine neutre qui a un pouvoir absorbant considérable vis-à-vis de l'acide libre. Ce produit se comporte comme un anti-acide idéal, du fait qu'il n'excite pas la sécrétion gastrique, n'altère pas le chimisme gastrique, et protège la paroi de l'estomac. Essayé chez plusieurs malades atteints d'ulcères gastro-duodénaux, il s'est montré remarquablement efficace, en particulier comme calmant des douleurs. K. et I. ont utilisé ce produit pour essayer d'empêcher l'apparition des ulcères duodénaux qui s'observent dans 60 pour 100 des cas de fistule biliaire chez le chien. Mélangé à l'alimentation de 17 chiens sur lesquels fut pratiquée cette fistule, à la dose de 15 gr. par jour, la mucine a

empêché dans tous les cas l'apparition d'ulcère. Chez 10 chiens témoins, 6 furent atteints d'ulcère. Il semble donc bien que la mucine soit capable d'empêcher l'apparition des ulcères expérimentaux, alors que les alcalins en sont incapables.

R. Rivoire.

ACTA OBSTETRICA ET GYNECOLOGIA SCANDINAVICA (Stockholm)

Mauno Schroderus. *Les affections rénales dans leurs rapports avec la grossesse* (*Acta Obstetrica et Gynecologia Scandinavica*, tome XI, suppl. 3, 1931). — Le travail de Schroderus se propose, en premier lieu, de trouver les symptômes et séquelles des causes pathogènes expliquant pourquoi on observe avec une grande fréquence à Viipuri, sur le golfe de Finlande, des accidents gravidiques tels que albuminurie, néphropathie, éclampsisme et éclampsie. D'autre part, S. a essayé de rassembler des données plus approfondies sur les relations organiques réciproques entre ces divers syndromes réunis par lui sous le nom de *gestose rénale* (toxémie gravidique).

Sur les 8.728 cas de gestation et d'accouchement à l'hôpital municipal de Viipuri, au cours des années 1918 à 1928, il y a 1938 cas d'albuminurie, 598 cas de néphropathie, 105 cas d'éclampsisme et 145 cas d'éclampsie, soit au total 2.786 cas de gestose rénale. Ces cas ont été comparés avec les cas qui se sont présentés à la clinique de l'Université de Helsingfors et à l'hôpital de Turku de 1925 à 1928. Le fait qu'il y ait des différences entre les statistiques d'éclampsie suivant les localités et les pays est bien connu et, par exemple, en Scandinavie, l'éclampsie est plus fréquente qu'en Danemark. Il n'en reste pas moins digne de remarque qu'entre Helsingfors et Viipuri où les méthodes hospitalières et thérapeutiques sont les mêmes, la différence soit aussi grande qu'elle l'est. Par ailleurs, la fréquence de l'éclampsie demeure la même dans un même lieu. On a l'impression que chaque lieu a sa fréquence propre, due à quelque cause locale. En Allemagne, les cas d'éclampsie avaient diminué pendant la guerre, on l'attribuait à la restriction alimentaire. Or, en Finlande, le contraire est arrivé et l'année de guerre 1918 est celle qui a vu aussi bien à Helsingfors qu'à Viipuri le maximum de cas d'éclampsie.

Les cas des divers groupes de gestose rénale ont été étudiés particulièrement par rapport aux signes les plus importants qui sont en général considérés comme caractéristiques de l'éclampsie. Une attention spéciale a été apportée aux cas de décès, au sort de l'enfant et à la thérapeutique.

On observe, en général, dans tous les groupes de gestose rénale en commençant par le groupe le plus bénin, celui de l'albuminurie, les mêmes symptômes que dans le groupe de l'éclampsie. Dans ce groupe des cas plus légers, ces signes ne se manifestent que faiblement. On peut, donc, tenir l'albuminurie pour un stade précoce de la gestose rénale et une limite distincte ne peut être tracée entre les différents groupes de ce complexus.

Les variations de fréquence suivant les localités semblent être influencées en plus des causes constitutionnelles par les facteurs exogènes : climat, changement de saisons, maladies infectieuses, conditions hygiéniques, traitement, fatigues physiques, irritations psychiques. On a remarqué que les cas d'éclampsie sont plus fréquents à certaines époques, pendant des semaines ou des mois déterminés. Il a été impossible, à Schr., d'affirmer une relation certaine entre l'hiver, l'humidité, le froid d'une part et l'éclampsie d'autre part, bien que ses observations s'étendent sur les trois quarts des accouchements de la ville.

L'influence des maladies infectieuses courantes sur l'origine des accidents des reins est plus nette pour l'albuminurie et la néphrite que pour l'éclampsie. Pourtant, la courbe des maladies infectieuses (laryngo-bronchite et angine) tombe avec l'arrivée des jours chauds (Juillet), tandis que celle des albuminuries et néphrites tombe en Avril et Juillet; on ne peut rien affirmer des relations de ces accidents avec l'infection.

Que les sujets soient bien ou mal nourris, les cas d'albuminurie ou de néphrite sont relativement dans les mêmes proportions. Mais on rencontre, chez les sujets bien nourris, plus de trois fois plus de cas d'éclampsie.

Tous les cas de gestose rénale sont beaucoup plus fréquents chez les primipares.

En considérant toutes les gestoses rénales (aussi bien chez les primipares que multipares), le pourcentage varie entre 30,7 et 34,5 pour 100, le plus élevé se trouvant chez les sujets de 15 à 19 ans, mais celles de 40-44 suivant de très près.

Les grossesses multiples semblent ne pas être seulement l'origine de l'éclampsie et une cause d'aggravation de toutes les gestoses rénales, mais encore la cause de la fréquence des cas de gestose rénale dans les régions où elle se présente souvent. La grossesse multiple, surtout pour une primipare, est une chose grave principalement dans les régions comme Viipuri où les gestoses rénales sont très fréquentes.

Dans les récidives de gestose rénale, le plus habituellement, il y a affection organique permanente des reins, quoique la malade, dans les intervalles de la grossesse, puisse ne révéler aucun des symptômes. La gestose rénale se produisant pour la première fois est, souvent, de nature plutôt aiguë et peut très rapidement atteindre la phase des convulsions. En cas de nouvelle gestation chez le sujet, la maladie prend, souvent, une marche moins aiguë et la malade peut, ainsi, s'y adapter plus facilement. La gestose rénale reste, ainsi, plus souvent, au stade de prééclampsie. Dans le groupe de l'éclampsisme, les symptômes se produisent aussi généralement plus tôt pendant la grossesse et disparaissent plus tard après l'accouchement que dans le groupe de l'éclampsie.

Avec les plus petites quantités d'albumine dans les urines, on peut observer l'éclampsie. Il est, cependant, très rare que, dans les cas d'éclampsie, l'urine soit tout à fait exempte d'albumine : à ce point de vue, il en est de même pour la néphrite aiguë. La plupart des cas d'éclampsisme appartiennent aux femmes qui ont eu des troubles rénaux pendant la grossesse. La proportion des œdèmes est la plus grande dans les cas d'éclampsisme. Les malades dont l'albumine monte lentement peuvent mieux résister aux gestoses rénales. Dans les cas aigus, l'albumine n'atteint pas une si grande quantité au moment où la gestose atteint le stade d'éclampsie.

Les gestoses rénales appartenant aux caractères aigus atteignent le plus souvent le stade d'éclampsie; par contre, celles d'un caractère chronique atteignent rarement ce stade.

La différence entre la plus haute et la plus basse tension artérielle est surtout marquée dans les cas d'éclampsie; elle diminue dans l'éclampsisme et la néphrite. La tension semble, dans les cas d'éclampsie, être, en général, plus instable que dans l'éclampsisme.

Les rétinites albuminuriques gravidiques se trouvent deux fois plus fréquemment dans les cas d'éclampsisme que dans les cas d'éclampsie, et particulièrement l'éclampsisme des multipares. Tout démontre que, dans les cas de rétinite, la gestose est surtout de nature chronique avec haute tension et une albuminurie assez marquée, qui ne disparaît pas rapidement et a un effet défavorable sur le fœtus.

Sur quinze cas de psychose, douze étaient dus à la gestose rénale et sont survenus après l'accouchement. Bien que les informations soient insuffisantes, il semble que les primipares soient plus souvent atteintes de psychoses éclamptiques et que cette circonstance soit due à une gestose rénale. Une grande partie des cas avait beaucoup d'albumine dans l'urine. Les gestoses rénales et particulièrement l'éclampsie accroissent la possibilité des psychoses alliées aux circonstances de l'accouchement.

Il semble que, dans les cas de psychoses de gestoses rénales qui sont tenaces (les cas chroniques), le fœtus meure, mais dans les cas aigus le plus souvent il se développe et reste vivant.

Les gestoses rénales qui s'arrêtent à l'albuminurie et à la néphrite amènent rarement la mort. Celles qui atteignent l'éclampsie augmentent énormément la mortalité.

On sait que les éclampsies des multipares sont plus souvent mortelles que celles des primipares. Il ne semble pas que le nombre des accès convulsifs ait une importance capitale, par rapport au dénouement; ils sont plus nombreux chez les primipares, les multipares tombent dans le coma après quelques crises. La marche de la maladie ne dépend probablement pas de la gravité de la gestose rénale, mais beaucoup plus de la résistance individuelle. La mortalité des multipares est cinq fois plus grande que celle des primipares parmi les citadines, tandis que la mortalité des multipares est moindre que celle des primipares à la campagne. Quand une multipare a de l'éclampsie, le danger de mort est beaucoup plus grand comparativement aux primipares. Il est très possible qu'une mauvaise prophylaxie de l'éclampsie augmente les cas mortels de l'éclampsisme. Les multipares qui ont été soignées aux grossesses précédentes ou qui sont suivies au début de la gravidité échappent plus facilement au danger de mort.

Le nombre des enfants mort-nés dépend à un certain point du degré des gestoses rénales. L'excès des mortalités d'enfants n'est pas seulement dû à de mauvaises conditions de naissance. Quelquefois, ils semblent même avoir été tués par la gestose rénale avant d'arriver à l'hôpital. La gestose rénale enlève la vie à l'enfant d'autant plus facilement qu'elle est plus grave. Dans les cas d'éclampsie, la mortalité est augmentée par les accès convulsifs. Dans toutes les gestoses rénales, la mortalité des enfants des campagnardes est à peu près le double de celle des citadines. Dans le groupe des éclampsies, qui contient le plus grand nombre de types chroniques et où l'albuminurie est le plus marquée, nous trouvons beaucoup d'enfants mort-nés prématurément, pas moins de 79 pour 100.

Dans beaucoup de cas, l'évolution de la crise d'éclampsie fut indépendante du fait que le fœtus fût mort ou vivant.

Les maladies des reins, même si elles déterminent l'éclampsie, peuvent être si bien soignées que la malade peut supporter plus tard sans danger l'influence toxique d'une nouvelle grossesse et d'un autre accouchement.

Sur les cas traités par césarienne (10 néphrites, 4 éclampsismes et 8 éclampsies), une mère atteinte de néphrite et deux autres d'éclampsie trouvèrent la mort.

La situation en ce qui concerne la gestose rénale est tellement variée qu'il est difficile de donner un plan de traitement; la thérapeutique est aussi nuancée que le genre des cas.

On peut diviser les gestoses rénales en deux groupes : les types aigus, qui comprennent généralement les organes sains qu'une grossesse amène à l'albumine et à la néphrite et qui atteignent facilement le stade d'éclampsie sans danger et les types chroniques où la grossesse s'installe dans un organisme déjà atteint, la gestose rénale se développant lentement et s'arrêtant souvent au stade d'éclampsisme; la résistance est mauvaise; il est difficile de venir à bout de la maladie.

Henri Vignes.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

M. Hamburger, Jame et **Couder.** ***La ponction lombaire dans le traitement de l'hypertension artérielle*** (*Paris Médical*, tome XXI, n° 49, 5 Décembre 1931). — Chez un cardio-rénal hypertendu de 42 ans qui présenta une brusque exacerbation d'hypertension artérielle avec céphalée atroce, une ponction lombaire montra une hypertension du liquide céphalo-rachidien (34 cm. d'eau au Claude). La soustraction de 7 cmc de liquide en 5 minutes baisse la pression rachidienne à 24 et modifie peu la tension artérielle qui reste à 30,5-21 mais le malade est très soulagé et la tension artérielle est tombée à 22,15.

L'effet favorable se prolongea durant trente-six heures, puis la céphalée reprit. A 3 reprises, la ponction lombaire entraîna une baisse de la tension artérielle rapide et profonde, mettant momentanément le sujet à l'abri des accidents redoutables de l'hypertension paroxystique greffés sur l'hypertension permanente.

Chez une autre malade de 49 ans, la ponction lombaire n'a apporté que des modifications insignifiantes et passagères à l'évolution d'une hypertension permanente exempte de manifestations paroxystiques.

Il semble que c'est par le mécanisme de la soustraction du liquide et de la chute consécutive de la tension rachidienne que se produit l'action efficace sur l'hypertension artérielle. Il ne faut intervenir que dans 2 conditions: pour soulager les troubles nerveux, céphalée, vertiges ou la dyspnée paroxystique; ou dans les périodes de paroxysme de la tension artérielle pour prévenir les graves accidents vasculaires que peut entraîner un à-coup d'hypertension.

Robert Clément.

JOURNAL DE CHIRURGIE (Paris)

R. Leriche et **R. Fontaine.** ***Les résultats actuels du traitement chirurgical de l'angine de poitrine*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXVIII, n° 6, Décembre 1931). — En 1925, F. avait rassemblé et étudié dans sa thèse les 100 premiers cas de sympathectomie cervico-thoracique pour *angor;* c'est aujourd'hui une nouvelle série de 78 cas, arrêtée au début de 1931, qu'étudie le présent mémoire.

Les recherches de François Frank lui avaient montré que la résection du sympathique thoraco-cervical supprimerait la transmissibilité de la sensibilité aortique et se trouvait par suite indiquée dans l'angine de poitrine. Gomoiu, en 1916, fit réaliser l'indication du grand physiologiste par Jonnesco, chez un de ses malades qui, sept ans plus tard, restait encore guéri. Mais dès 1922, Danielopolu reprochait à l'opération de Jonnesco une mortalité de 62 pour 100, due à la suppression des cardio-accélérateurs, des vaso-dilatateurs coronariens, des vaso-moteurs pulmonaires, consécutive à l'ablation de la totalité de la chaîne sympathique cervicale et du ganglion thoracique. Il a, en conséquence, indiqué une technique opératoire qui porte son nom et qui cherche la suppression d'un réflexe presseur dangereux, en respectant le ganglion étoilé.

L. et F., en 1925, furent, eux aussi, opposés à l'ablation du ganglion stellaire; depuis, ils ont établi que les accidents étaient dus à une technique brutale, mais que faite avec douceur, elle n'avait aucune suite fâcheuse immédiate ou éloignée. Ils distinguent, dans la crise due à l'excitation du plexus cardio-aortique, deux phénomènes, l'un douloureux mais sans autre conséquence, l'autre coronaro-constricteur réflexe, ayant pour siège le ganglion étoilé, cause des accidents mortels. Leur intervention, l'opération de Leriche, limitée à l'ablation du ganglion stellaire, s'oppose ainsi à celle de Danielopolu. Le mémoire est fait de la compression de 4 tableaux où sont groupés:

1° *Ablation bilatérale de l'étoilé:* 6 cas donnant 50 pour 100 de bons résultats;

2° *Ablation unilatérale:* 15 cas utilisables sur 18, avec 83 pour 100 de bons résultats. Les deux premiers groupes ayant une mortalité globale de 12,5 pour 100;

3° *Opération de type Danielopolu:* 42 cas plus 3 du groupe précédent, soit 45 cas, avec une mortalité rapide de 11,1 pour 100, peu différente de la précédente et 62,3 pour 100 de bons résultats;

4° *Ablation du ganglion cervical supérieur:* 9 cas avec 54,6 pour 100 de bons résultats.

En conclusion, l'ablation du ganglion étoilé peut être faite sans arrière-pensée, à gauche pour commencer si l'injection anesthésique préalable a amené la sédation des crises, quitte à opérer l'autre côté, si la première opération s'est montrée inefficace. C'est l'ablation bilatérale qui a donné les meilleurs résultats; elle a réussi où les autres procédés avaient échoué, et peut-être, à l'avenir, sera-t-elle faite d'emblée systématiquement. Le secret du succès est dans le choix des indications d'une intervention qui est encore à la période d'étude.

P. Grisel.

F. D'Allaines et **J. Hussenstein.** ***L'ostéite des os plats du crâne consécutive aux lésions des parties molles*** (*Journal de Chirurgie*, t. XXXIX, n° 1, Janvier 1932). — L'ostéomyélite aiguë franche et celle secondaire aux suppurations des cavités aériennes écartées, il reste l'ostéite traumatique. C'est dans cette dernière variété des ostéites des os plats du crâne que A. et H. font rentrer l'ostéite consécutive aux lésions des parties molles n'intéressant pas les plans osseux et d'origine aussi bien spontanée que traumatique. Cette étude justifie la notion bien connue du rôle défensif exercé par le périoste resté intact contre les suppurations sus ou sous-jacentes à l'aponévrose épicranienne. L'envahissement plus ou moins massif de l'os, qui fait l'objet de cette étude, est dans ces conditions exceptionnel et la lésion traumatique du périoste est la condition nécessaire habituelle.

L'envahissement peut se faire par contiguïté, mais aussi par l'intermédiaire des anastomoses vasculaires perforantes qui expliquent les complications endocraniennes. Il se produit lentement, et c'est du douzième au vingtième jour qu'apparaissent la douleur gravative profonde caractéristique, l'élévation modérée de la température et le mauvais état de la plaie au fond de laquelle le stylet découvre une zone de dénudation osseuse.

Quelquefois aiguë, l'évolution est habituellement chronique avec formation très lente d'un séquestre; faute de traitement, les complications intracraniennes, la méningite, l'abcès extra-dural, l'abcès du cerveau, la thrombo-phlébite des sinus sont menaçants.

Le traitement indiqué, lorsque la céphalée localisée et l'exploration de la plaie ont établi le diagnostic, est la trépanation large ne s'arrêtant qu'en tissu sain, mais restant presque toujours superficielle et respectant la table interne.

P. Grisel.

A. Richard et **A. Elbim.** ***Indications et techniques de l'arthrodèse pour coxalgie*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXIX, n° 1, Janvier 1932). — Tant à Paris qu'à Berck, R. a déjà pratiqué plus de 70 arthrodèses pour coxalgie. Cette intervention a trouvé ses indications même dans la coxalgie en évolution. Chez l'adulte d'abord, puisque le pronostic actuel, devenu très sombre, ne laisse plus espérer ni guérison durable ni ankylose solide. Chez l'enfant aussi, au moins dans les cas à évolution rapide, envahissante, non influencée par l'immobilisation simple, ou encore dans les cas à évolution prolongée, traînante et dans les récidives ou rechutes.

Dans les coxalgies guéries, c'est la plus grave des séquelles, la mobilité douloureuse, qui donne les plus nombreuses indications, le plus souvent chez l'adulte et aussi chez des enfants âgés de 8 à 9 ans.

L'arthrodèse décidée, il reste à choisir entre ses différents types celui qui permettra de rester en dehors du foyer en évolution et d'éviter les abcès qui en partent et qui par conséquent devront être soigneusement recherchés cliniquement et radiographiquement.

La partie technique, minutieusement décrite et abondamment illustrée, décrit successivement:

L'arthrodèse par pont-levis ostéo-périostique iliaque, à base sus-cotyloïdienne, à sommet libre abaissé et fixé dans une fente trochantérienne qui convient aux cas sans abcès.

L'arthrodèse par greffon tibial rigide, voie externe, préférable à la précédente dans certains cas d'abcès antérieurs.

L'arthrodèse par greffon tibial flexible, voie antérieure, qui passe entre le droit antérieur et le couturier et évite certains abcès externes ou postéro-externes.

L'arthrodèse mixte, qui joint à la fixation extra-articulaire par pont-levis un évidement partiel des lésions intra-articulaires et un avivement des surfaces iléo-fémorales venues au contact. Ses indications se trouvent à la période des séquelles, après assoupissement ou guérison du foyer tuberculeux. Suivent 53 observations de malades opérés à Berck, dont 34 par pont-levis, 16 par greffon tibial rigide, voie externe, 3 par greffon tibial flexible, voie antérieure. Pas de mortalité. Les résultats, examinés en toute impartialité, seront donnés ultérieurement.

P. Grisel.

REVUE DE CHIRURGIE (Paris)

Loubat et **Magnant** (Bordeaux). ***Asthme utéro-ovarien et chirurgie*** (*Revue de Chirurgie*, 50e année, n° 7, Septembre 1931). — L'asthme utéro-ovarien est une affection rare, facile à reconnaître, de pathogénie obscure. S'il y a une altération nette de l'appareil génital, il paraît démontré qu'un acte chirurgical visant la suppression de la lésion peut amener le plus habituellement la disparition rapide et durable des crises asthmatiques, qui se répétaient à l'occasion des périodes menstruelles et des rapports sexuels.

Parfois on ne trouve pas de lésion cliniquement décelable; on peut penser à un déséquilibre vago-sympathique à point de départ ovarien; si dans ces cas, le traitement opothérapique est inopérant, seule la suppression de l'épine irritative peut amener la suppression des accidents asthmatiques. L. et M. rapportent l'observation d'une jeune femme de 26 ans, qui se plaignait de douleurs abdominales et pelviennes localisées à droite, et de crises asthmatiformes remontant à trois ans, en rapport avec les règles et les rapports sexuels.

Tous les traitements médicaux ont été institués et ont échoué. On décide une intervention chirurgicale.

On trouve les deux ovaires scléro-kystiques. On pratique une hystérectomie subtotale avec castration bilatérale. Neuf mois après, les crises d'asthme n'ont pas reparu.

Okinczyc.


Dragées ADRIAN
AU CHLORURE
DE MAGNÉSIUM PUR
Tonique d'une puissance extrême régénérant les tissus empêchant l'évolution des tumeurs de toutes natures.
ADRIAN
ADRIAN & Cie 9, RUE DE LA PERLE - PARIS (3e)
AMINASE
ADRIAN
Chlorure de magnésium dissimulé et stabilisé

LYON CHIRURGICAL
(Paris)

D. Ferrer. ***Sur la sclérose*** (*Lyon Chirurgical*, tome XXVIII, nº 6, Novembre-Décembre 1931). — Cette longue revue de la sclérose expose la genèse de la substance collagène dans les organismes, ou, tout au moins, la série des hypothèses émises à ce sujet, puis dans les cultures de tissus qui donnent déjà des résultats plus concrets que la simple étude histologique, puis encore la formation de structures fibrillaires par la coagulation *in vitro* de différentes substances, celle d'une solution de gélatine dans l'alcool absolu, par exemple. La formation de la substance collagène, régie par la corrélation fonctionnelle des tissus, est ensuite étudiée à propos de la membrane basale interposée entre les cellules épithéliales et les cellules conjonctives. Après cette revue historique, au cours de laquelle F. donne une préférence marquée aux conceptions de Nageotte, la sclérose est étudiée avec l'apport personnel de recherches faites sur des pièces d'autopsie: lésions tuberculeuses pulmonaires et cirrhose hépatique, traitées suivant la technique de Rio Hortega. Voici, résumées, quelques-unes des conclusions de F.

Le facteur individuel contribue d'une manière décisive à l'établissement des scléroses. Agissent surtout l'équilibre endocrinien et le tonus du système réticulo-endothélial en étroite corrélation fonctionnelle.

Tous les procédés qui augmentent la coagulabilité sanguine, avec hyperhémie, favorisent la sclérose et inversement. Les causes de la sclérose sont d'ordre infectieux, toxique ou réparateur; elles établissent un processus inflammatoire aigu ou chronique avec hyperémie et exsudation.

La modification de l'équilibre endocrine, la stimulation du système réticulo-endothélial, la production de fibrinogène coagulable, de ferments, de Ca, de lécithine, coagulants, sont les agents producteurs d'une sclérose curatrice.

Par contre, une thérapeutique anti-sclérosante doit éliminer le facteur individuel sclérosant et utiliser l'action anticoagulante de certaines substances atoxiques dont l'étude est à entreprendre.

P. Grisel.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
(Paris)

Raul F. Vaccarezza, Americo J. Vaccarezza et José Péroncini (Buenos-Aires). ***La fonction glyco-régulatrice dans le tétanos*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, nº 10, Octobre 1931). — Dans ce travail, qui comporte un certain nombre de courbes de la glycémie choisies sur 22 cas étudiés, V., V. et P. établissent que la fonction glyco-régulatrice est troublée au cours du tétanos, ainsi que le démontrent la glycémie à jeun et l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée. L'hyperglycémie à jeun a été constatée dans 14 cas sur 22. L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée s'est montrée nettement positive dans 3 cas qui présentaient de la normo ou de l'hypoglycémie initiale: glycémie dépassant 2 gr. pour 1000 et persistant plus de trois et quatre heures.

L'intervention de l'insuffisance hépatique est indiscutable, mais elle ne représente pas le facteur unique exclusif de tout autre. Tout le système glyco-régulateur souffre à la fois de l'intoxication tétanique et de toutes les autres causes congénitales ou acquises de débilitation de l'organisme.

L. Rivet.

A Fontes (Rio-de-Janeiro). ***L'ultra-virus tuberculeux. Nouvelles acquisitions sur la biologie du virus tuberculeux et sur la pathogénie de l'infection tuberculeuse*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, nº 10, Octobre 1931). — Cet important travail est extrait d'un livre actuellement sous presse (Masson et Cie, éditeurs). Il constitue une étude synoptique des recherches poursuivies de 1906 à 1930 par l'auteur à l'Institut Oswaldo Cruz.

F. a d'abord étudié la nature chimique du bacille de Koch: il a préconisé une méthode de coloration consistant en la superposition de la méthode de Gram à la méthode de Ziehl. Cette méthode montre dans le corps du bacille des granulations colorées en violet. Dans le pus tuberculeux, il mit en évidence un ferment hydrolysant (tuberculo-cirase). Il étudia ensuite la cytologie du bacille et précisa le rôle essentiel de la granulation. L'étude de la structure et de la filtrabilité du virus tuberculeux l'amena à conclure que la granulation est l'unité vivante infectante; c'est l'élément régénérateur de la forme bâtonnet acido-alcoolo-résistant. L'existence du virus est possible, même sous la forme de bâtonnet acido-alcoolo-résistant, dans l'intimité des tissus de l'animal parasité, constituant la tuberculose latente. L'existence de ces formes microbiologiques est possible, sans réaction classique tuberculigène du côté des tissus parasités. Il y a modification de virulence du produit tuberculigène, se traduisant par l'atténuation du virus après filtration. Les états scrofuleux et d'hérédo-contagion sont attribuables à une action pathogène spéciale que ces formes microbiennes confèrent au virus.

Ces notions essentielles ont été confirmées expérimentalement, notamment par Vaudremer. Forme granulaire visible, ou forme granulaire invisible (ultra-virus de Calmette), la granulation est toujours une partie intégrante du cycle de vie du parasite. Par elle se transforme et se réhabilite la notion de l'hérédité en matière de tuberculose, et se confond la notion d'hérédité de terrain avec celle de l'hérédité du virus. Dans l'infection tuberculeuse, l'hérédo-contagion a lieu ainsi que l'hérédité morbide qui en dérive.

La connaissance des diverses phases évolutives du germe tuberculeux, avec l'existence d'une phase ultra-microscopique invisible, en fait un cas particulier de la biologie des bactéries. Le polymorphisme évolutif explique le polymorphisme lésionnel.

L. Rivet.

Eduardo Araujo (Bahia). ***Diagnostic expérimental d'un cas de sodoku*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome II, nº 11, Novembre 1931). — Dans 2 cas antérieurs de Gesteira (1921 et 1928), les recherches de laboratoire avaient été négatives. Dans ce troisième cas, observé chez un jeune enfant, on hésita à ponctionner les ganglions. A. fit donc une prise de sang dans la veine jugulaire gauche et en inocula 2 cmc dans le péritoine de 3 souris blanches, après s'être au préalable assuré de l'absence de spirilles dans leur sang. Les inoculations furent positives et on réalisa des passages au cobaye. Le germe observé dans le sang des animaux inoculés est morphologiquement identique au *Spirochaeta japonicum* (Dujarric de la Rivière). Une seule des inoculations au cobaye fut mortelle. C'est la première fois qu'au Brésil a été obtenue une inoculation positive de l'infection du sodoku de l'homme à l'animal.

L. Rivet.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

A. Chabé. ***Les indications de la saignée en clientèle*** (*Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, tome CVIII, nº 33, 20 Décembre 1931). — Dans les cardiopathies, la saignée est toujours indiquée lorsqu'il y a dilatation cardiaque soit par insuffisance du cœur droit, soit par défaillance du cœur gauche.

Dans les affections pulmonaires, la pneumonie seule ou ses dérivés, congestion massive, pleuropneumonie, maladie de Woillez, est susceptible d'être améliorée par une saignée de 3 à 400 gr. Encore faut-il que le sujet puisse faire les frais de cette soustraction sanguine et qu'il soit asphyxié par déséquilibre cardio-pulmonaire. Les infections suraiguës frappant le poumon, à moins d'indications particulières, ne sont pas susceptibles de retirer de la saignée des bénéfices appréciables.

L'œdème aigu du poumon est le triomphe de la saignée.

Chez les hypertendus, une émission sanguine, même importante, ne fait pas baisser la pression artérielle. Dans les crises hypertensives, la saignée peut parfois atténuer certains accidents, mais ceux-ci peuvent être le plus souvent améliorés par le régime. Chez les athéromateux hypertendus, la saignée peut aboutir à des désastres.

Elle est inutile et quelquefois nuisible chez les apoplectiques par ramollissement cérébral ou hémorragie.

Chez certains pléthoriques, la saignée annuelle ou bi-annuelle peut atténuer quelques malaises.

Quel que soit le mécanisme de son action, la saignée est encore un des moyens le plus précieux que nous ayons pour lutter contre les troubles de l'urémie.

En obstétrique, elle est indiquée chez les gravido-cardiaques et les éclamptiques.

Dans les asphyxies accidentelles, en particulier dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, la phlébotomie associée aux médications usuelles, en particulier à l'oxygénothérapie, serait un adjuvant de valeur.

Enfin, à titre secondaire, il faut signaler l'action des émissions sanguines dans les crises d'asthme anaphylactique et dans certains cas d'asphyxie par tumeur du médiastin.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

L. Gallavardin. ***Œdème pulmonaire d'effort; contribution à l'étude des formes frustes d'angine de poitrine*** (*Lyon Médical*, tome CXLVIII, nº 51, 20 Décembre 1931). — G. rapporte l'observation d'un homme de 57 ans, porteur d'une aortite syphilitique ayant évolué en six ans, en deux phases distinctes. Pendant cinq ans, l'aortite se manifesta uniquement par de brusques et courts accès d'œdème pulmonaire d'effort survenant dans la marche, sous l'influence du froid et du vent, et en tous points semblables à des accès angineux œdémateux dans lesquels la phase douloureuse initiale eût fait défaut. La deuxième phase de l'évolution fut celle d'une grande insuffisance ventriculaire gauche avec accès violents et prolongés d'œdème aigu pulmonaire aboutissant à l'asystolie confirmée.

Les œdèmes pulmonaires d'effort s'observent le plus souvent dans cette forme spéciale de rétrécissement mitral que l'on pourrait appeler le rétrécissement mitral œdémateux ou chez les insuffisants ventriculaires gauches graves, qu'il s'agisse d'hypertendus défaillants, de brightiques avérés ou d'aortite syphilitique ou dans les formes particulièrement sévères ou avancées d'angine de poitrine. Il est plus rare de voir survenir un œdème pulmonaire d'effort en quelque sorte solitaire, ne s'expliquant pas par l'existence d'une cardiopathie dyspnéisante et en dehors de toute manifestation angineuse classique. Ces accès d'œdème pulmonaire d'effort solitaire ressemblent aux œdèmes que l'on voit succéder à l'épisode douloureux, dans certaines angines de poitrine, et on doit les considérer comme une sorte d'équivalent non douloureux d'accès d'angine de poitrine à forme œdémateuse.

A l'autopsie, on constata une aortite syphilitique intense, prédominant dans la région sus-sigmoïdienne, avec rétrécissement extrême de l'orifice de la coronaire postérieure, faits venant à l'appui de la conception de G.

Robert Clément.

A. Dumas. ***L'angine de poitrine à type spasmodique; claudication intermittente et paralysies transitoires; rôle probable de l'anaphylaxie digestive dans quelques cas*** (*Lyon Médical*, tome CXLVIII, n° 52, 27 Décembre 1931). — Les symptômes de spasmes vasculaires associés ou alternant avec des crises d'angine de poitrine, ne sont pas rares. Chez un homme de 55 ans, D. a vu survenir, depuis deux ans, des crises d'angor suivies les premières d'accidents convulsifs de type épileptoïde avec perte temporaire de conscience, puis les crises devinrent plus violentes, suivies chaque fois d'une perte incomplète de la conscience après quoi persistait un état d'impotence prédominant dans les membres du côté droit avec difficulté de la parole. L'hémiparésie transitoire s'effaça en moins de vingt-quatre heures.

Dans un autre cas, un syndrome fut observé à 62 ans chez un homme ayant eu à 47 ans une hémiplégie droite survenue brusquement et ayant disparu en quelques jours sans laisser aucun stigmate décelable. Un angor avec claudication intermittente des membres inférieurs; un autre avec crampes douloureuses et impotence temporaire du bras gauche semblent démontrer que l'angine de poitrine peut parfois relever du spasme vasculaire, spasme coronarien selon toute vraisemblance, spasme pouvant également se manifester dans d'autres territoires pour provoquer monoplégie, claudication intermittente, hémiplégie transitoire.

Cette forme d'angor spasmodique est en général solitaire et s'oppose à l'angine de poitrine organique signée par une aortite, l'hypertrophie cardiaque ou l'hypertension artérielle.

Parfois, ces crises d'angor spasmodique se produisent au moment de la digestion et paraissent dans quelques cas d'origine alimentaire, traduction d'une véritable crise hémoclasique d'origine digestive chez les sujets sensibilisés. A l'appui de cette assertion, D. apporte l'observation d'une cuisinière de 57 ans, présentant depuis plusieurs années des crises d'angor et qui semblaient se répéter chaque fois qu'elle consommait du poisson. L'examen cardio-vasculaire était entièrement négatif. Dans un autre cas, un homme de 54 ans, sédentaire, présentait, en général, deux heures après le repas, des crises d'angor au repos. Amélioré par des restrictions alimentaires sévères, ce sujet fut repris de crises fréquentes et intenses (2 ou 3 fois par semaine) lorsqu'il se mit au régime lacté. Avec la suppression du lait, les crises disparurent.

Robert Clément.

L'ALGÉRIE MÉDICALE
(Alger)

A. Lévi-Valensi et **Et. Cartillet.** ***Les abcès du poumon; à propos de 4 observations récentes*** (*L'Algérie Médicale*, Octobre 1931). — Revue générale à propos de 4 cas d'abcès du poumon. Le premier est un abcès métastatique à staphylocoques, guéri par autovaccinothérapie. Un cas d'abcès à fuso-spirilles a été traité par le 914 et a également guéri. Deux abcès traités par l'émétine ont donné une mort et une guérison.

L'analyse de ces observations incite L.-V. et C. à penser que la guérison a été spontanée. Ils soulignent la fréquence de faits semblables.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DE LA NUTRITION
(Paris)

F. Trémolières et **André Tardieu.** ***L'interposition hépato-diaphragmatique du côlon*** (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif et des Maladies de la Nutrition*, tome XXI, n° 10, Décembre 1931). A 2 observations antérieures, T. et T. ajoutent la relation de 17 nouveaux cas recueillis en une année, grâce à une exploration systématiquement pratiquée.

L'individualité clinique de l'interposition hépato-diaphragmatique du côlon est réduite à la seule sonorité partielle préhépatique. Encore l'examen radiologique est-il nécessaire pour contrôler l'existence de l'ectopie, et, surtout, spécifier sa nature et son origine. T. et T. précisent la technique de l'examen radiologique, direct ou après ingestion d'un bol opaque. Le plus souvent, c'est l'angle sous-hépatique qui s'insinue entre la face antérieure du foie et le diaphragme. Le passage du décubitus à la station debout, la diminution du météorisme abdominal peuvent atténuer ou supprimer l'ectopie colique. L'examen radiologique joue un rôle capital pour le diagnostic positif et différentiel, il est très important aussi pour le diagnostic étiologique.

En effet, dans tous les cas observés par T. et T., on relève l'existence d'une affection d'un viscère abdominal: ulcus pylorique ou duodénal, cholécystite, appendicite chronique, typhlo-colite, capable de provoquer, dans son voisinage ou à distance, une inflammation péritonéale adhésive: périviscérite du carrefour supérieur, péri-typhlo-appendicite, péricolite localisée ou ascendante. C'est toujours dans la région sous-hépatique que cette péricolite adhésive se forme ou aboutit.

A cette péricolite, élément nécessaire, doit s'ajouter la distension colique par aérophagie ou fermentation, c'est cette dernière qui intervient pour forcer le passage entre le foie et le diaphragme. Elle est parfois accrue par l'existence d'un dolichocôlon sigmoïde, résultat d'un fonctionnement intestinal défectueux de longue date.

Nulle observation ne prouve que cette ectopie colique peut aboutir par elle-même à des accidents graves; mais la péricolite qui la conditionne peut occasionner des accidents d'occlusion aigus, subaigus ou chroniques.

A moins d'accidents aigus, il convient d'avoir recours d'abord au traitement médical, qui visera le météorisme abdominal (compresses chaudes, antispasmodiques non paralysants, bismuth, kaolin, charbon animal, traitement de la colite, régime) et les adhérences péricolitiques, contre lesquelles on mettra en œuvre surtout la physiothérapie (diathermie notamment).

En cas d'échec de ces traitements, lorsque persistent les douleurs, avec aggravation de l'état général et troubles se répercutant sur les autres segments du tube digestif, on doit intervenir chirurgicalement, après extinction des phénomènes aigus, sur les adhérences péri-entéro-coliques: leur dissociation selon le plan de clivage, ainsi que l'a préconisée G. Lardennois, pratiquée après refroidissement des inflammations causales, et suivie d'applications de rayons infra-rouges et de diathermie, prévient d'ordinaire leur reconstitution.

L. Rivet.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(Paris)

A. Delahaye (Berck). ***Signes radiologiques de l'épiphysite vertébrale douloureuse des adolescents*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XV, n° 12, Décembre 1931). — L'épiphysite vertébrale des adolescents s'observe surtout au niveau des régions dorsales moyenne et inférieure.

Elle se caractérise par une anomalie du processus d'ossification qui frappe épiphyses, cartilages conjugaux et zones juxta-épiphysaires du corps. L'évolution anatomique typique se fait en 3 périodes consécutives: 1° *d'activité évolutive* (période de début et d'état), caractérisée par de la décalcification (le retard ou l'absence d'apparition des points épiphysaires, le flou des contours et souvent de la masse spongieuse centrale la mettant en évidence); 2° *de terminaison* caractérisée par une recalcification locale (surtout visible sous forme de traînées noirâtres, le long des bords vertébraux, près des zones épiphysaires et juxta-épiphysaires); 3° *de séquelles anatomiques* résultant, les unes des altérations cicatricielles localisées, les autres de la surcharge en inflexion se traduisant en général par la cyphose.

Les altérations cicatricielles localisées se manifestent, à des degrés divers, par l'hypercalcification des bordures vertébrales, des encoches et des saillies des bords, l'irrégularité du disque intervertébral plus ou moins élargi ou pincé; elles atteignent en général plusieurs vertèbres et aboutissent à une véritable arthrite déformante.

Pour D., beaucoup de cyphoses douloureuses de l'adolescence sont des complications de l'épiphysite vertébrale non traitée; ces complications s'amorcent dès le début de l'affection, sont curables à ce moment et ne deviennent incorrigibles que si on n'a pas, dès cette période, eu recours à l'immobilisation en hyperextension convenable du rachis.

Morel Kahn.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

G. Heuyer. ***Les principes de neuro-psychiatrie infantile*** (*Hygiène Mentale*, tome XVI, Sept-Oct. 1931). — La psychiatrie infantile quitte aujourd'hui le domaine du bon sens pour prendre place dans celui de la connaissance scientifique. H. veut faire connaître les postulats et les principes fondamentaux sur lesquels la nouvelle discipline s'édifie.

1° *Lois-postulat* : l'évolution de l'enfant reproduit celle de sa lignée ancestrale; l'enfant néanmoins n'est pas assimilable au sauvage: il possède en plus son avenir.

2° *Loi-postulat* : l'intelligence se développe d'autant moins que la taille s'accroît plus rapidement: il existe deux crises de développement intellectuel vers 7 ans et 15 ans.

Dans les trois premières années, la psychologie s'exprime en langage neurologique. Voici les tests neurologiques de ces âges:

1 *mois:* mouvements amiboïdes des fibres pupillaires à l'éclairage brusque (Colin et Godet).

6 *semaines:* sourire.

6 *premiers mois:* à l'excitation dorsale du bord externe du pied, excitation répétée, éventail des orteils et flexion lente de la jambe (Colin).

Même phénomène au pincement de la peau de la jambe (Rosemblum). Syncinésie à la percussion du poignet (Bielchowski).

La marche spontanée apparaît à *12 mois*, ainsi que l'émission de mots adaptés.

La débilité motrice de Dupré et Merklen correspond à la persistance de quelques-uns des signes neurologiques infantiles.

Le développement ultérieur de l'enfant se divise en trois périodes: *seconde enfance* (3 à 7 ans), *âge scolaire* (7 à 12 ans), *puberté*.

Alors le degré d'évolution s'apprécie essentiellement à l'aide de deux méthodes corrélatives: les tests de niveau (Binet-Simon) et le profil psychologique (Rossolino).

D'autres techniques, plus fines et plus spéciales, permettent de déterminer les particularités physiques et psychologiques de l'enfant. Mais le facteur primordial, le *caractère*, échappe encore à la classification positive.

G. d'Heucqueville.

REVUE FRANÇAISE DE PÉDIATRIE
(Strasbourg)

E. Gorter, F. Grendel et **W. A. M. Weyers** (de Leyde). ***Le rôle du cuivre dans l'anémie infantile*** (*Revue française de Pédiatrie*, tome VII,

· TUBERCULOSE · LYMPHATISME · ANÉMIE ·

· CROISSANCE · RACHITISME · SCROFULOSE · DIABÈTE ·

CARIE DENTAIRE · TROUBLES DE DENTITION

TRICALCINE



PURE

RECONSTITUANT
LE PLUS PUISSANT-LE PLUS SCIENTIFIQUE
LE PLUS RATIONNEL

LA
RÉCALCIFICATION
Ne peut être ASSURÉE
d'une façon CERTAINE
et PRATIQUE

QUE PAR LA **TRICALCINE PURE**
OU PAR ASSOCIATION MÉDICAMENTEUSE
DE LA **TRICALCINE**

Le traitement par la TRICALCINE PURE doit être complété en quelques cas par les associations médicamenteuses de la TRICALCINE pour augmenter l'assimilation calcique et réaliser les médications alternées dans certaines maladies chroniques :

TUBERCULOSE PULMONAIRE-OSSEUSE
PÉRITONITE TUBERCULEUSE
CROISSANCE ALLAITEMENT
TROUBLES DE DENTITION, DYSPEPSIES ACIDE
RACHITISME, SCROFULOSE, CARIE DENTAIRE
ANÉMIE

La TRICALCINE PURE est vendue en cachets, poudre, comprimés granulés et tablettes de chocolat.

Doses : ADULTES : 3 cachets, 3 cuillers mesure poudre.
6 cuillers mesure granulés.
3 comprimés ou 6 tablettes chocolat par jour.
ENFANTS : moitié de ces doses.

SE MÉFIER DES IMITATIONS ET DES SIMILITUDES DE NOM
BIEN SPÉCIFIER " TRICALCINE "

Échantillons et Littérature gratuits sur demandes aux Docteurs, Hôpitaux, Ambulances
LABORATOIRE DES PRODUITS " SCIENTIA " Dr E. PERRAUDIN, PH^{en} DE 1re CL. 21, RUE CHAPTAL - PARIS



· DYSPEPSIE NERVEUSE · TUBERCULOSE ·

n° 6, 1921). — G., G. et W. ont étudié si les données expérimentales concernant le rôle du cuivre dans la formation de l'hémoglobine ont leur équivalent sur le terrain clinique. Les recherches expérimentales ont, en effet, abouti à cette conclusion « que le cuivre agit comme catalyseur dans certaines réactions au cours de la formation de l'hémoglobine, de même que le fer agit dans la production de la chlorophylle, quoiqu'il ne soit pas un des constituants de la molécule de la chlorophylle ».

Dans une première partie, G., G. et W. étudient *la teneur en cuivre du lait*. Les chiffres qu'on trouve dans la littérature sont très discordants, aussi ont-ils entrepris une étude minutieuse à ce point de vue en utilisant une technique nouvelle élaborée par l'un d'eux, Grendel. Le lait frais contient 0,125 milligr. de cuivre par litre; le même lait recueilli dans l'appareil de pasteurisation après chauffage à 85°C. 0,22 milligr; après fonctionnement pendant 1 h. 1/2 0,14 milligr.; après 2 h. de séjour dans le réservoir en cuivre étamé 0,18 milligr.

G., G. et W. ont également recherché la teneur en cuivre des aliments qu'on peut donner aux enfants âgés de 1 an et plus. Ils constatent qu'il est impossible ou du moins très difficile de trouver des aliments riches en fer qui ne contiennent pas une quantité suffisante en cuivre.

Dans une deuxième partie, G., G. et W. étudient *la teneur en cuivre des médicaments ferrugineux* et leur impression est que les cas d'anémie guérissent plus vite lorsqu'on donne une certaine quantité de cuivre en même temps qu'une préparation de fer.

Dans une troisième partie, G., G. et W. étudient *la teneur en cuivre du sang de l'enfant sain et malade*. Un chiffre compris entre 1 et 2 milligr. de Cu par litre de sang total avec une moyenne de 1,4 milligr. leur paraît normal. Les enfants anémiques leur ont semblé avoir plus de cuivre dans leur sang que les sujets normaux. Il en est d'ailleurs de même des animaux saignés. Pour expliquer ce fait, G., G. et W. sont disposés à admettre qu'une mobilisation de cuivre est nécessaire pour la formation accélérée de globules rouges en plus grand nombre.

L'existence d'une anémie alimentaire, causée par une *carence en cuivre*, n'a pu être prouvée toutefois par leurs observations.

G. Schreiber.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Heinrich Klink. *Réflexe de la pression sanguine et hypertension* (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n° 2, 8 Décembre 1931). — K. rappelle d'abord les recherches que Hirschbruch a consacrées au réflexe de la pression sanguine, c'est-à-dire à l'augmentation de la pression artérielle déterminée par la compression de la manchette (voir *La Presse Médicale*, 7 Septembre 1931). K. a repris ces recherches chez des malades hospitalisés, ce qui lui a permis de dresser des courbes et non pas de se contenter, comme Hirschbruch, de mesurer une seule fois la pression.

La méthode consiste à mesurer la pression sanguine d'abord en élevant la pression dans la manchette jusqu'à disparition des bruits puis, après avoir évacué complètement la manchette, à faire remonter la pression de l'air à 80 mm. au-dessus du chiffre trouvé initialement et de mesurer la pression artérielle en descendant. Les mesures ont été prises chez les malades présentant ce réflexe matin et soir, au bras gauche et au bras droit. Le réflexe n'a été constaté que chez des hypertoniques.

Le plus grand nombre des malades présentant ce réflexe sont âgés de 60 ans et davantage. En général, il n'y a eu ni néphrite ni endocardite et l'hypertension ne date pas de la naissance. Parfois, il a été constaté que l'augmentation réflexe est plus importante d'un côté que de l'autre. En cas d'hémiplégie, la pression est plus élevée, mais le réflexe manque le plus souvent du côté paralysé. Dans un second groupe de malades, il s'agissait d'ordinaire d'hypertension essentielle avec insuffisance rénale appartenant au type pâle.

Dans un troisième groupe, figurent des hypertendus juvéniles, mais sans lésions des reins ni de la rétine ainsi que des hypertendus appartenant au type rouge. C'est seulement chez ces derniers qu'il a été parfois constaté une augmentation réflexe de la pression sanguine. Par contre, chez les sujets de moins de 30 ans, ce réflexe n'a pas été observé.

On doit admettre que la compression a une action générale plus ou moins marquée chez tous les sujets. En utilisant l'électrocardiogramme comme moyen de contrôle, K. a montré d'abord l'apparition d'extrasystoles, puis un ralentissement du rythme du cœur comme conséquence de compression du bras.

K. remarque en terminant que certaines médications paraissent empêcher le réflexe d'apparaître.

P.-E. Morhardt.

BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Pyrah et Allison. *Les sialogrammes* (*British medical Journal*, n° 3700, 5 Décembre 1931). — Sous ce néologisme, P. et A. décrivent la technique de l'injection de lipiodol dans la glande parotide. Le lipiodol est introduit par le canal de Sténon à l'aide d'une seringue armée d'une aiguille en argent semblable à celle dont on se sert pour le cathétérisme des canaux lacrymaux. La quantité de lipiodol à injecter est de 1/2 à 1 cmc, jusqu'à ce que le patient ait une sensation de plénitude de la parotide.

Pareillement, par le canal de Warthon, on peut injecter la sous-maxillaire. On radiographie ensuite le patient en position latérale.

La sialographie peut dans les cas de parotidite chronique montrer une dilatation des canaux et des alvéoles. En cas de tumeur, elle peut montrer si celle-ci dépend de la glande elle-même ou d'un organe du voisinage; en cas de calcul ou de fistule, elle donne la localisation exacte. Elle a montré en outre que le canal de Sténon se divise en deux branches au niveau du bord postérieur du maxillaire et chaque branche se divise à son tour en cinq ou six petits canaux. Le canal de Warthon commence au point le plus bas de la glande sous-maxillaire, soit à 4 cent. environ du bord inférieur de la mâchoire et à 1 cm. en avant de l'angle de la mâchoire. Il passe verticalement dans la fosse sous-maxillaire, puis se dirige vers le plancher de la bouche.

Suivent quatre observations avec planches où les sialogrammes ont permis les diagnostics de double parotidite chronique, de tumeur de la sous-maxillaire, d'une tuberculose de cette même glande et d'un abcès de la parotide.

André Plichet.

O'Donel Browne. *Le shock consécutif au sang extravasé* (*British medical Journal*, n° 3702, 19 Décembre 1931). — Les phénomènes de shock sont dus moins à la quantité de sang extravasé qu'à sa réabsorption par les tissus. Il semble que des produits toxiques du caillot venant en contact avec le sang frais circulant dans les capillaires produisent le shock que l'on rencontre si souvent en obstétrique, soit après l'accouchement, soit par suite de la rupture d'une grossesse extra-utérine. Le premier symptôme est la chute de la pression artérielle. Le traitement consiste en des applications chaudes, l'élévation des pieds du lit, des boissons chaudes, des lavements de solutions salines caféinées et alcoolisées, des injections sous-cutanées de sérum, d'huile camphrée, d'éther, d'éphédrine, de morphine. Le tamponnement, pour certains, ne serait pas à recommander, parce qu'il augmenterait les phénomènes de shock. Il faudrait mieux envisager, malgré une pression artérielle basse, une intervention chirurgicale propre à remédier mécaniquement et *in situ* au saignement.

André Plichet.

Copeman. *Traitement de l'arthrite rhumatismale chronique par la transfusion et l'insuline* (*British medical Journal*, n° 3702, 19 Décembre 1931). — Il s'agit surtout d'arthrite rhumatismale survenant chez les jeunes femmes et frappant les articulations des membres supérieurs. Il faut rechercher d'abord le foyer infectieux initial et le traiter. Ensuite faire à une semaine d'intervalle deux transfusions de 500 cmc du sang d'un donneur immunisé. Faire de la mobilisation intense des articulations douloureuses pendant cette semaine et les suivantes. Commencer après la transfusion un traitement progressif par injections d'insuline: cinq unités deux fois par jour le premier jour, trente unités deux fois par jour le troisième jour et rester à cette dose pendant trois semaines en prenant les précautions d'usage.

Par ce traitement, les malades prennent du poids, améliorent leur état général et ont pu guérir de leur rhumatisme chronique.

André Plichet.

Sutherland. *Le lavement créosoté dans la pneumonie* (*British medical Journal*, n° 3703, 26 Décembre 1931). — S. ayant essayé la créosote dans la tuberculose pulmonaire, si souvent compliquée de déterminations pneumococciques et staphylococciques, envisage le traitement de la pneumonie par cette substance. Sans causer de lésion viscérale, il a pu donner par la bouche jusqu'à 3 cmc 1/2 de créosote pure. Mais il semble que la méthode de choix pour administrer ce médicament soit le lavement. Sous la forme d'émulsion, une dose de 1 cmc de créosote peut être donnée quotidiennement sans inconvénient. Cette méthode a un avantage sur celle des injections intra-veineuses, car on ne peut faire passer directement dans le sang qu'une quantité minime de créosote. De plus, le lavement créosoté a l'autre avantage de désinfecter le tube digestif qui est un milieu favorable au développement des toxines pneumococciques.

André Plichet.

THE LANCET (Londres)

G. Linder et D. Vadas. *Le métabolisme du calcium et du phosphore dans le rachitisme tardif : un cas avec hyperplasie parathyroïdienne* (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5647, 21 Novembre 1931). — L. et V. ont observé un cas de rachitisme tardif où existait une tumeur parathyroïdienne palpable. Excisée, cette tumeur, du poids de 1 gr. environ, montra un tissu glandulaire hyperplasié. L'ablation détermina une diminution des douleurs, mais ne modifia que passagèrement le taux du calcium et du phosphore plasmatique, et n'eut aucune action favorable sur l'ossification. Une hyperplasie analogue ayant été observée dans plusieurs cas de maladies osseuses, telles que myélomatose multiple et carcinome secondaire, la question se pose de savoir si l'hyperplasie parathyroïdienne joue un rôle aussi important qu'on le dit dans les affections osseuses, même dans l'ostéite fibreuse. Peut-être s'agit-il seulement d'une réaction secondaire, ce qui expliquerait les échecs complets ou partiels observés assez souvent dans la cure chirurgicale de cette affection.

R. Rivoire.

I. Allen. ***Les complications neurologiques de la sérothérapie, avec une observation inédite*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5647, 21 Novembre 1931). — A l'occasion d'un cas personnel, A. fait une revue générale de la question des paralysies post-sérothérapiques; mais l'intérêt n'en est pas très grand pour le lecteur français, car la plupart des observations citées ont été publiées en France, et rien de nouveau n'est à retenir de cette étude.

R. Rivoire.

F. Howitt et **W. Christie.** ***Le facteur métabolique dans l'arthrite rhumatoïde*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5650, 12 Décembre 1931). — Pour H. et C., l'arthrite rhumatoïde ne serait pas d'origine infectieuse, mais d'origine métabolique, endocrino-sympathique. Il est certain que l'arthrite rhumatoïde s'accompagne souvent de symptômes de dysendocrinie, tels que tachycardie, hypotension artérielle, dermographisme, hypersudation, fatigabilité, instabilité; mais il n'est pas certain que cette excitation du groupe katabolique des glandes endocrines soit primitive. A l'heure actuelle, on admet plus souvent que les lésions endocrines sont dues au même processus infectieux que les lésions articulaires. Quoi qu'il en soit, H. et C. ont observé chez la plupart de leurs malades atteints d'arthrite rhumatoïde une tolérance au glucose diminuée (analogue à celle qu'on observe dans l'hyperthyroïdisme); dans l'hypothèse d'un rôle étiologique de ce trouble métabolique, ils ont traité ces malades par des injections de petites doses d'insuline et un régime à pouvoir calorique élevé, à base de graisses. Combiné à la physiothérapie, ce traitement aurait donné de bons résultats dans plusieurs cas.

R. Rivoire.

W. Scott Brown. ***Une épidémie de poliomyélite à type bulbaire*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5650, 12 Décembre 1931). — B. a observé dans une petite ville d'Ecosse une épidémie de poliomyélite dont tous les cas étaient, ou du type abortif, ou du type bulbaire, sans aucun cas spinal.

Les cas abortifs ne présentaient aucun symptôme particulier pouvant permettre un diagnostic clinique: attaque de fièvre avec des nausées, des vomissements, un peu de toux et de pharyngite. Le diagnostic fut fait par l'épreuve de neutralisation du virus chez le singe. La guérison survint vers le troisième jour.

Dans les cas où survinrent des symptômes bulbaires, ceux-ci apparurent vers le quatrième jour: paralysies craniennes et toux. Tous les cas aboutirent assez rapidement à la guérison.

R. Rivoire.

Knud Secher. ***Dosage et résultats du traitement par la sanocrysine*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5651, 19 Décembre 1931). — S. expose dans un court article ses idées actuelles sur l'utilisation de la sanocrysine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Après sept ans d'utilisation thérapeutique, il insiste sur l'importance des fortes doses: selon lui, la plupart des échecs publiés sont dus à l'emploi de doses trop faibles et trop lentement progressives. Dans les cas moyens, il fait à deux jours d'intervalle 0,50, 0,75 et 1 gr.; puis on continue à raison d'une injection tous les 4 ou 5 jours jusqu'à ce que la dose de 1 gr. 5 ou 2 gr. ne détermine plus de réactions. A son avis, il ne faut pas craindre l'apparition des réactions, elles seraient plutôt un facteur favorable. La dose totale ne doit pas cependant dépasser 6 à 8 gr., à cause de l'accumulation du médicament.

La réactivation d'un foyer torpide n'est pas un danger: en fait, cette réactivation est indispensable pour arriver à la cicatrisation.

Dans la tuberculose ganglionnaire, le traitement par les sels d'or détermine presque à coup sûr la guérison.

R. Rivoire.

T. Nelson et **A. Porter.** ***La protéinothérapie dans l'asthme*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5651, 19 Décembre 1931). — N. et P. décrivent une fort intéressante méthode de traitement de l'asthme, à l'aide d'injections de solutions peptonées à très hautes dilutions. Ils employèrent pour leurs travaux du bouillon peptoné (du type utilisé en bactériologie), dilué dans des proportions variant entre 1 pour 100.000 et 1 pour 100.000.000. Cette solution fut injectée hebdomadairement à des doses variant de 0,1 à 1 cmc, à 37 malades atteints d'asthme grave, durant depuis longtemps, chez qui les divers traitements essayés auparavant n'avaient amené aucune amélioration. Les résultats furent remarquables, tous les cas ayant réagi favorablement, la moitié environ étant pratiquement guéris; mais, fait curieux, en cas de suspension du traitement, une récidive survenait fatalement dans un délai très court. Il semble que l'injection hebdomadaire détermine une immunité de courte durée, mais indéfiniment renouvelable.

En dehors de son intérêt pratique, le travail de N. et P. est intéressant parce qu'il montre à l'évidence l'extraordinaire sensibilité des asthmatiques aux doses presque homéopathiques de médicaments. Il explique en outre facilement les succès obtenus par les méthodes de désensibilisation dites « spécifiques ».

R. Rivoire.

W. Harris et **H. Cairas.** ***Diagnostic et traitement des tumeurs de la glande pinéale, avec une observation*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5653, 2 Janvier 1932). — Les tumeurs de la glande pinéale sont rares, bien que Haldeman en ait rassemblé 113 cas en 1927. Aussi les symptômes de cette affection sont-ils encore mal connus: d'après la situation anatomique de la tumeur, les premiers signes doivent être théoriquement des signes d'hydrocéphalie intenses, par compression de l'aqueduc de Sylvius; plus tardivement doivent apparaître des signes de compression des tubercules quadrijumeaux supérieurs (ptosis, limitation des mouvements des yeux en haut, perte du réflexe oculaire lumineux), enfin des signes de compression des tubercules quadrijumeaux inférieurs (surdité).

Les tumeurs pinéales étaient considérées autrefois comme inopérables; mais, depuis une quinzaine d'années, un certain nombre d'interventions heureuses ont été publiées; les résultats ne sont pas d'ordinaire très satisfaisants, car la région pinéale est d'un abord extrêmement difficile, en particulier à cause de la veine de Galien, en rapport étroit avec la glande, dont la ligature aboutit toujours à la mort.

Dans le cas publié par H. et C., intéressant à beaucoup d'égards, l'intervention fut suivie d'hémianopsie latérale homonyme définitive, due à une ligature de la veine occipitale interne au cours de l'intervention. La tumeur extirpée se montra à l'examen histologique exactement identique comme structure à un séminome testiculaire. Ce fait est très curieux, si on le rapproche du fait que l'on peut voir aussi des tératomes pinéaux: il y a évidemment une parenté entre le testicule et la glande pinéale. Cette tumeur se montra très fortement radiosensible, au cours d'un traitement radiothérapique entrepris à la suite d'une récidive survenue quelques mois après l'intervention.

R. Rivoire.

A. Gardner et **P. Leslie.** ***Le diagnostic précoce de la coqueluche par la méthode bactériologique : avec une note sur les vaccins et leur utilisation*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5653, 2 Janvier 1932). — Le diagnostic bactériologique de la coqueluche n'est pas encore entré dans la pratique courante, sauf au Danemark où il est utilisé sur une vaste échelle depuis plusieurs années. C'est là un fait d'autant plus curieux qu'il existe pour ce diagnostic une méthode simple, donnant des résultats constants, et permettant de faire un diagnostic précoce, avant la période des quintes.

Les auteurs ont vérifié sur une échelle assez modeste l'efficacité de cette méthode, et leurs résultats concordent parfaitement avec ceux des Danois. Ils ont utilisé un milieu analogue à celui de Bordet-Gengou, tel qu'il est employé au Danemark. Ce milieu est placé dans des boîtes de Petri, qu'on place à 15 cm. de la bouche d'un malade pendant une quinte. Après l'ensemencement, les boîtes de Petri peuvent se conserver quelques heures, et même être envoyées par la poste, ce qui permet de généraliser l'usage de cette méthode dans la médecine pratique.

Le bacille de Bordet-Gengou pousse en trois ou quatre jours. L'épreuve est positive dans 75 pour 100 des cas, pendant la période catarrhale et les deux premières semaines des quintes, pour devenir toujours négative à partir de la 5e semaine. On n'observe jamais de cultures positives en dehors de la coqueluche.

R. Rivoire.

W. Payne. ***Rhumatisme articulaire aigu et sédimentation sanguine*** (*The Lancet*, t. CCXXII, n° 5654, 9 Janvier 1932). — Quoique les modifications de la vitesse de sédimentation des hématies soient un phénomène non spécifique, qui peut s'observer dans toutes les maladies aiguës, leur recherche peut donner des renseignements précieux dans le rhumatisme articulaire aigu. En effet, une augmentation de la vitesse de sédimentation existe dans cette affection, tant que persiste un processus infectieux actif, même quand la maladie semble cliniquement guérie; enfin, le salicylate de soude, qui fait tomber la fièvre, est sans action sur la vitesse de sédimentation; aussi, cette méthode permet-elle de suivre de façon plus précise l'évolution de la maladie que l'examen clinique.

L'auteur a mis au point une technique qui nécessite une petite quantité de sang seulement, évitant ainsi l'inconvénient des ponctions veineuses répétées. Par cette méthode, il a suivi presque journellement l'évolution de la maladie rhumatismale chez de nombreux enfants, et les résultats obtenus furent en parfait accord avec l'histoire clinique ultérieure de ces malades.

R. Rivoire.

F. Bach et **N. Gray Hill.** ***La vitesse de sédimentation des hématies dans le rhumatisme articulaire aigu*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5654, 9 Janvier 1932). — B. et H. arrivent aux mêmes conclusions que les auteurs du précédent article. Pour eux également, la vitesse de sédimentation est un facteur important pour le pronostic du rhumatisme articulaire aigu: si, après la période aiguë, la vitesse reste élevée, il faut suspecter la persistance d'un foyer infectieux latent, et le malade doit être maintenu au lit et soigné jusqu'à ce que sa vitesse de sédimentation soit devenue normale. Au contraire, lorsque le chiffre trouvé est normal, on peut considérer que l'infection est éteinte et le sujet peut reprendre une vie normale.

R. Rivoire.

Benham, Fisher, More et **Churgar.** ***3 cas de maladie d'Addison traités par l'extrait corticosurrénal*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5655, 16 Janvier 1932). — B., F., M. et C. ont traité 3 malades atteints de maladie d'Addison par des injections d'extrait cortical préparé en Angleterre, suivant la technique de Swingle et Pfiffner. Malgré ce traitement, la mort survint dans les trois cas (il s'agissait d'ailleurs d'Addison très grave). Au moins dans un cas, la thérapeutique eut un effet indiscutable sur les symptômes de la maladie, mais une récidive survint assez rapidement, qui fut mortelle. De plus, les injections d'extrait furent mal tolérées, déterminant une réaction ana-

logue au choc protéique. Il ne semble donc pas que l'extrait surrénal fabriqué en Angleterre soit aussi actif que celui de Swingle et Pfiffner; d'autre part, les auteurs ont constaté qu'il contenait une petite proportion de matières albuminoïdes, responsable sans doute des accidents d'intolérance. La préparation des extraits corticaux est encore mal précisée, et un dosage physiologique rigoureux est indispensable: Swingle et Pfiffner ont insisté, en effet, sur les grandes variations de l'activité des préparations faites suivant la même technique.

Dans les trois cas traités, l'autopsie révéla deux fois une tuberculose caséeuse des surrénales, avec destruction complète des glandes, et une fois une sclérose élective de la corticale. Dans un cas, il y avait reviviscence du thymus.

R. Rivoire.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

Nous rappelons ci-dessous une analyse déjà parue dans le n° 7 de La Presse Médicale, *en raison d'une erreur qu'elle contient dans la dernière phrase et que nous rectifions ci-dessous.*

H. Cole, M. Mac Caskey, etc. ***Accidents toxiques dus aux arsénobenzènes*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 13, 26 Septembre 1931). — H. C. et M. C. ont fait une étude statistique des accidents dus aux arsénobenzènes, portant sur près de 80.000 injections. Malheureusement, ils employaient des doses faibles d'arsenicaux, ne dépassant pas 60 centigr. de novar; or ces doses sont, en France, considérées comme nettement insuffisantes, ce qui enlève beaucoup d'intérêt à leurs résultats.

D'ailleurs ces résultats ne font que confirmer les notions déjà connues: en particulier la fréquence de la crise nitritoïde et de l'érythrodermie, l'influence de la dose partielle et de la dose totale reçue par le malade, l'existence d'idiosyncrasie et de sensibilisation acquises. Plus intéressantes sont deux observations: d'abord la constatation de deux érythrodermies mortelles après apparition d'un érythème bénin à la piqûre précédente (ce qui tend à infirmer l'opinion de Milian, selon qui il y aurait différence de nature entre ces deux types d'accident); d'autre part, le fait que sur 6 cas d'encéphalite hémorragique (apoplexie séreuse), 4 survinrent après injection de sulfarsénol; la proportion est d'autant plus forte que ce médicament n'était usé que très rarement, en proportion de 1 à 100 avec le novar; il semble que le sufarsénol soit beaucoup plus que les autres arsénobenzènes capable de déterminer cet accident particulièrement redoutable, parce que toujours mortel.

R. Rivoire.

Nous tenons à signaler à nos lecteurs une inexactitude contenue dans la dernière phrase précédente. Il est fait mention du novar et du sulfarsénol alors que les accidents signalés sont dus à la néoarsphénamine et à la sulpharsphénamine, produits américains. L. R.

R. Courtney et **E. Hill.** ***Le glaucome juvénile simple héréditaire*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 22, 28 Novembre 1931). — C. et H. ont étudié une famille dont la moitié des membres (17 sur 34) furent atteints de glaucome juvénile simple pendant cinq générations. A cette occasion, ils font une revue générale de cette question encore peu connue. Le glaucome familial survient d'ordinaire pendant la 2e ou la 3e décade de la vie, et ne s'accompagne pas des stigmates oculaires observés d'ordinaire dans le glaucome tardif ou le glaucome congénital. C'est une affection extrêmement grave, qui aboutit assez rapidement à la cécité: le traitement médical par la pilocarpine est d'ordinaire insuffisant; même l'intervention chirurgicale ne donne pas en général de résultats très brillants: les opérations créant une fistule définitive semblent plus appropriées que l'iridectomie simple ou celle de Lagrange. Le traitement chirurgical doit de toute façon être précoce, si l'on veut garder l'espoir d'une conservation partielle de la vision: dans les cas où l'acuité visuelle est devenue faible, les résultats opératoires sont nuls.

R. Rivoire.

G. Crile. ***Hyperthyroïdisme récidivant, asthénie neuro-circulatoire et ulcère peptique : traitement par les opérations portant sur le système surréno-sympathique*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 22, 28 Novembre 1931). — C. a attaché son nom à une intervention chirurgicale hardie, la dénervation des capsules surrénales. Dans cet article, il expose les fondements théoriques de cette opération, et ses indications générales. Sans insister sur les considérations pathogéniques plus que discutables qui sont d'abord développées, citons les indications de cette intervention : pour l'auteur, les cas de récidive d'hyperthyroïdisme après ablation du corps thyroïde sont toujours justiciables de la dénervation et cette opération donnerait d'excellents résultats. Dans « l'asthénie neuro-circulatoire », l'indication opératoire serait formelle, et les résultats merveilleux. Enfin, dans l'ulcère gastro-duodénal, l'opération de Crile doit être réservée aux cas récidivant après gastro-entérostomie : l'intervention donne une disparition rapide des symptômes, mais la récidive est fréquente.

R. Rivoire.

E. Shaw, H. Chelander et **M. Limper.** ***Le traitement de la poliomyélite : résultats dans une série de 104 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 22, 28 Novembre 1931). — L'efficacité du sérum de convalescent ou du sérum d'animaux immunisés dans la poliomyélite est encore très discutée : S., C. et L. ont traité par cette méthode une centaine de cas à San Francisco. De bons résultats ont été obtenus lorsque le sérum a été injecté au début de la maladie, avant l'apparition des paralysies : les résultats ont été moins favorables lorsque le traitement a été mis en œuvre après le début des paralysies. L'âge du malade est également un facteur important, le sérum agissant d'autant mieux que le malade est plus jeune. Cependant, les résultats thérapeutiques ne sont pas suffisamment nets pour permettre d'éliminer la possibilité d'une action non spécifique de cette médication, par protéinothérapie banale.

R. Rivoire.

J. Thomas. ***Le mécanisme de l'évacuation gastrique*** (*The Journal of the American medical Association*), tome XCVII, n° 23, 5 Décembre 1931). — Le mécanisme de l'évacuation gastrique est aujourd'hui assez bien connu. T. met au point la question dans cet article, et conclut de la façon suivante :

L'ouverture du pylore est subordonnée à deux ordres de stimulus venant, les uns de l'estomac, les autres de l'intestin. Le stimulus gastrique est purement mécanique, conditionné par l'état de digestion du chyme alimentaire: les particules alimentaires non digérées augmentent le tonus du pylore. Le stimulus intestinal, plus complexe, est à la fois chimique (acidité) et physique (osmotique): ce stimulus opère par deux voies réflexes, l'une par l'intermédiaire du plexus myentérique, l'autre par le vague. Le système régulatoire intestinal ne commence à fonctionner qu'après la première ouverture du pylore, due au système régulateur endogastrique: Il a pour rôle d'adapter le rythme de l'évacuation à la capacité fonctionnelle de l'intestin, à la vitesse de sécrétion des sucs biliaires et pancréatiques.

R. Rivoire.

W. Healy. ***Le cancer du col de l'utérus: étude de 1.574 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 23, 5 Décembre 1931). — Voici une nouvelle statistique portant sur plus de 1.500 cas de cancer utérin traités par le radium et les rayons X ultra-pénétrants, depuis 1918. Intéressante par le nombre des cas traités, elle n'apporte pas grand'chose de nouveau. Elle confirme ce que nous savions déjà, c'est-à-dire que la radiumthérapie ne donne pas dans l'ensemble des résultats supérieurs à la chirurgie: 20 à 22 pour 100 seulement des cas traités survécurent plus de cinq ans. La technique utilisée n'a pas une grosse importance, car les diverses statistiques donnent une proportion de guérison analogue, quelle que soit la méthode employée.

Contrairement à l'opinion généralement admise, l'adéno-carcinome du col n'a pas une radio-résistance plus grande que le cancer banal; les résultats thérapeutiques obtenus par Healy sont du même ordre: d'ailleurs, il s'agit d'une forme très rare (2 pour 100 des cas environ).

Dans les cas avancés, les radiations et la chirurgie ont des indications assez différentes: en effet, le radium fait merveille dans les formes anatomiques de type embryonnaire et anaplasique, et n'a que peu d'action dans les formes de type adulte : c'est exactement l'inverse des indications chirurgicales. L'examen biopsique de la tumeur est donc capital pour poser des indications thérapeutiques.

R. Rivoire.

A. Taussig et **P. Schwebelen.** ***La radiothérapie dans l'agranulocytose*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCVII, n° 24, 12 Décembre 1931). — La thérapeutique de l'agranulocytose est encore indécise. Parmi les moyens de traitement proposés, la radiothérapie est le dernier en date et semble peut-être le plus efficace. Il s'agit de radiothérapie des épiphyses osseuses, à doses faibles excitantes, bien entendu, et non pas à doses inhibitrices. Ce traitement fut conseillé en 1930 par Friedmann, qui obtint la guérison dans la moitié des cas environ; depuis, d'autres auteurs ont signalé des résultats analogues. T. et S. ont employé cette thérapeutique dans 4 cas d'agranulocytose, et ont obtenu deux guérisons. Dans tous les cas, l'irradiation des épiphyses fut suivie rapidement d'une augmentation brusque du chiffre des granulocytes jusqu'aux environs de la normale; mais, dans les cas mortels, une récidive survint plus ou moins précocement sur laquelle un nouveau traitement n'eut pas d'action. Il est donc certain que l'irradiation des épiphyses osseuses est capable de déterminer au cours de l'agranulocytose une augmentation des polynucléaires; mais, cette excitation de la moelle n'est durable que lorsque le processus inhibiteur n'est pas trop intense et prolongé, aussi le traitement est-il particulièrement efficace dans les cas de syndrome agranulocytaire toxique, où l'élimination du poison est rapide.

De toute façon, ce traitement est intéressant, car il semble plus efficace dans l'ensemble que les autres, même les transfusions; les deux méthodes peuvent d'ailleurs être facilement combinées.

R. Rivoire.

Davis, Haven, Givens et **Emmet.** ***Effets des anesthésiques rachidiens sur la moelle épinière et ses enveloppes : étude expérimentale*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVII, n° 24, 12 Décembre 1931). — D., H., G. et E. ont entrepris une étude expérimentale sur le chien, afin de vérifier la possible action toxique des anesthésiques utilisés par voie rachidienne sur la moelle et les méninges. Ils ont utilisé pour cette étude la nupercaïne, la spinocaïne, la gravocaïne et la neurocaïne. Injectés dans le sac arach-

noïdien, ces divers composés cocaïnés déterminent régulièrement les lésions suivantes: inflammation des méninges, d'intensité variable; dégénérescence des cellules ganglionnaires de la substance grise, semblable à la dégénérescence wallérienne; œdème et fragmentation des cylindres-axes; dégénérescence légère des cordons médullaires.

Les composés cocaïnés étant hémolytiques, il est probable que leur action sur la myéline est du même ordre: dissolution des lipoïdes péri-cellulaires.

Ces lésions sont temporaires: elles ont beaucoup diminué chez les chiens tués quatre-vingt-dix jours après l'injection. Leur existence n'en est pas moins un argument de plus contre l'utilisation de l'anesthésie rachidienne.

R. Rivoire.

M. Sosman. ***La xanthomatose (Maladie de Schüller-Christian, histiocytose lipoïdique)*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 2, 9 Janvier 1932). — La xanthomatose est une maladie du métabolisme lipidique, caractérisée par l'apparition de dépôts de lipoïdes en divers points de l'organisme. Suivant la topographie et la nature chimique de ces tumeurs, plusieurs syndromes peuvent être réalisés: on en distingue au moins quatre à l'heure actuelle:

1° La maladie de Gaucher, maladie familiale, caractérisée essentiellement par le dépôt de cérébrosides dans la rate.

2° La maladie de Niemann-Pick, affection de la race israélite, caractérisée par un dépôt de phosphatides dans le foie et la rate. Il faut en rapprocher la maladie de Cay-Sachs, ou idiotie amaurotique familiale.

3° La maladie de Schüller-Christian, due au dépôt de la cholestérine dans les méninges, déterminant des altérations des os du crâne, et s'accompagnant d'ordinaire de troubles hypophyso-mésencéphaliques par compression (diabète insipide, nanisme, syndrome adiposo-génital) et d'exophtalmie.

4° Les xanthomes, dus au dépôt de concrétions cholestériniques dans le derme: ils sont secondaires à l'ictère, au diabète, à la grossesse; ou d'origine inconnue, c'est le xanthome essentiel.

Dans ce long article, S. étudie plus particulièrement la maladie de Schüller-Christian, dont il publie 6 observations personnelles. Il insiste plus particulièrement sur le traitement radiothérapique de cette affection; c'est un traitement symptomatique, dont l'efficacité est remarquable, déterminant rapidement la réparation des dommages osseux et la disparition des signes de compression; mais, ce n'est pas un traitement étiologique, car la maladie continue à évoluer.

Dans un cas, S. a obtenu de bons résultats par l'extrait thyroïdien.

R. Rivoire.

G. Wilson et **S. Hadden.** ***Névrites et polynévrites post-sérothérapiques*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 2, 9 Janvier 1932). — Une revue générale de la question des polynévrites post-sérothérapiques, bien connues en France, mais beaucoup moins à l'étranger. W. et H., à l'occasion de 6 observations personnelles, passent en revue les différents aspects cliniques de l'affection, et les différentes interprétations étiologiques proposées. Comme Baudoin et Hervé, ils attribuent la fréquence particulière de l'atteinte du plexus brachial à la basse chronaxie de ces nerfs.

W. et H. pensent que l'on doit généraliser l'emploi des méthodes de désensibilisation, dans tous les cas où le sujet peut être sensibilisé vis-à-vis du sérum de cheval, chose de plus en plus fréquente à l'heure actuelle, car la vaccination antidiphtérique par le mélange toxine-antitoxine suffit à créer une telle sensibilisation.

R. Rivoire.

E. Vogt. ***Le diagnostic radiologique de l'empoisonnement par le plomb chez le nourrisson et l'enfant*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 2, 9 Janvier 1932). — L'empoisonnement par le plomb est plus fréquent qu'on ne le croit chez l'enfant, et peut être la cause de troubles gastro-intestinaux et neurologiques variés. La cause principale en est la peinture des jouets, que les enfants portent constamment à la bouche. Une fois absorbé, le plomb s'accumule dans les os, et peut être décelé à l'examen radiographique, sous forme d'une bande dense à la limite de l'ossification. Ce signe radiologique, quoique constant, n'est pas spécifique: dans le rachitisme en cours de guérison, on peut voir une bande analogue due à un dépôt de calcium; de même au cours d'une intoxication chronique par le phosphore. C'est cependant un signe très important qui permet souvent de faire un diagnostic et un traitement.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF SURGERY
(Philadelphie)

Léo M. Zimermann et **Geza de Takats** (Chicago). ***Mécanisme de l'œdème phlébitique*** (*Archives of Surgery*, tome XXIII, n° 6, Décembre 1931). — L'article donne les résultats et les détails sur les expériences faites par les auteurs pour déterminer l'apparition d'un œdème phlébitique. Les résultats qu'ils ont obtenus sont remarquablement constants et c'est ce qui fait entre autres choses l'intérêt de leur expérimentation. Une série d'expériences destinées à oblitérer les veines n'ont jamais amené d'œdème du membre inférieur. C'est ainsi que la ligature des veines iliaque ou fémorale seule ou accompagnée de la ligature de veines collatérales s'est constamment montrée inefficace; de même la production d'une phlébite chimique par l'introduction dans le vaisseau d'une solution de salicylate de soude ou de teinture d'iode n'a pas réussi à produire d'œdème. L'ablation de tout le tissu cellulaire sous-cutané avec les ganglions depuis la bifurcation de l'aorte jusqu'à l'arcade crurale s'est montrée complètement inefficace même lorsqu'elle était associée avec des ligatures veineuses. Mais inversement ils ont pu produire de l'œdème d'une façon constante en réalisant après ligature de la veine fémorale une injection du vaisseau à contre-courant avec des substances toxiques: les substances employées ont été de l'alcool à 70 pour 100, une émulsion gélatineuse de sulfate de baryum, de l'extrait musculaire ou même le sérum de l'animal. L'opération a consisté en ligature de la veine au niveau du scarpa et injection de la substance vers la périphérie; l'œdème est apparu presque immédiatement et a duré trois à quatre semaines. Cet œdème était formé de l'accumulation de liquide hémorragique contenant un haut pourcentage de protéines; toutefois la circulation restait active dans les voies lymphatiques car les injections de particules colorées dans les segments œdémateux se retrouvaient constamment au niveau des ganglions.

Dans leur discussion et dans leur conclusion, Z. et T. insistent sur ce fait que pour la production de l'œdème phlébitique, il est nécessaire d'avoir une oblitération étendue d'un segment veineux et que le système lymphatique n'y participe pour ainsi dire pas.

F. d'Allaines.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Rissyun Suzuki. ***Le traitement de l'érysipèle par l'essence de chénopode*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXI, n° 52, 26 Décembre 1931). — Le *Chenopodium ambrosioides* passe, au Japon, pour être actif contre l'érysipèle. S. a donc été amené à utiliser ce médicament dans 103 cas d'érysipèle. La préparation qu'il emploie est une émulsion d'huile éthérée de chénopode stabilisée avec du jaune d'œuf. Il imbibe des compresses d'une suspension de cette huile à 0,3 pour 100 et il les applique sur les régions malades en les recouvrant d'un imperméable. Il change le pansement toutes les deux heures et parfois applique, par-dessus, une vessie de glace. Une fois que la température est tombée, il change moins souvent le pansement. Quand la peau est délicate, il emploie des suspensions un peu plus étendues ou chauffées. Mais alors le médicament perd de son activité. En outre, il administre de la poudre de digitale à assez fortes doses au début.

Il a ainsi traité 41 hommes et 62 femmes. Les symptômes ont disparu 12 fois en 24 heures, 24 fois en 48 heures, 19 fois en 72 heures et 18 fois en 120 heures. Ainsi, dans la moitié des cas, la fièvre est tombée en moins de 72 heures.

Il y a eu 4 cas de mort dont un concerne un sujet entré moribond à l'hôpital, un qui était atteint de kala-azar et un de néphrose sévère. Le quatrième est mort d'embolie peu après la guérison locale.

Cette médication n'a pas d'effet secondaire gênant. S. pense qu'elle agit par son pouvoir antiseptique qu'il a cherché à mettre en évidence en ajoutant une certaine proportion de cette émulsion à du bouillon de culture. Il a constaté ainsi que cette substance possède un pouvoir bactéricide énergique et pense donc que cette essence éthérée pénètre à travers l'épithélium dans la couche profonde de la peau et inhibe le développement du germe. Les résultats sont d'autant meilleurs que le traitement est commencé plus tôt.

P.-E. Morhardt.

F. Verzar. ***Vitamines et sécrétion interne*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 3, 16 Janvier 1932). — V. étudie les rapports qui existent entre les diverses hormones et les vitamines. Il montre tout d'abord que la consommation de O^2 est sous l'influence de la thyroïde ainsi que des glandes surrénales. L'ablation de l'une ou l'autre de ces deux glandes diminue fortement le métabolisme. Les glandes sexuelles et la préhypophyse agissent de même. D'un autre côté, la suppression de la vitamine B a une action tout à fait analogue. Or, l'administration de thyroïde augmente le métabolisme chez l'animal auquel on a enlevé la thyroïde. Si la thyroïde administrée provient d'un animal dont le régime est dépourvu de vitamines B, les effets sont moins nets aussi bien sur le métabolisme que sur les métamorphoses des têtards. En outre, ces derniers animaux réagissent beaucoup plus énergiquement si on les traite avec de la thyroïde probablement parce qu'il circule dans leur sang une moindre quantité de thyroxine.

D'autre part, les animaux privés de vitamines B ont les surrénales hypertrophiées surtout aux dépens de la corticale et on constate que, dans ce cas, l'ablation des surrénales est beaucoup moins bien supportée que si l'animal est nourri normalement. Ce fait montre que la vitamine B ne saurait être considérée comme un élément indispensable pour l'édification de l'hormone thyroïdienne. Pour V., la thyroxine serait une hormone de désintégration tandis que la cortico-surrénale fournirait une hormone antagoniste d'intégration. Quand la vitamine B qui est, comme l'hormone des surrénales, également une substance servant à l'édification des tissus, manque, il survient des phénomènes compensateurs tendant à rétablir l'équilibre entre surrénales et thyroïde. En ce qui concerne le métabolisme du calcium, des phénomènes complexes du même genre sont observés. Les parathyroïdes comme l'ergostérine irradiée augmentent le calcium du sang. Mais l'action de ces deux substances n'est pas du tout identique bien que la vita-

mine D puisse prévenir les accès de tétanie qui surviennent après ablation de parathyroïdes. En réalité, la vitamine D est une substance d'intégration nécessaire pour que Ca soit fixé par les tissus. L'hormone parathyroïdienne est une substance de désintégration qui mobilise le Ca des tissus.

En ce qui concerne les fonctions sexuelles et la vitamine E, on peut admettre que cette vitamine est nécessaire à la production d'hormone préhypophysaire ou encore que l'hormone et la vitamine peuvent, jusqu'à un certain point, se substituer l'une à l'autre. Des excès de vitamine E diminuent l'incrétion de la préhypophyse et inversement.

Dans la régulation de l'hématopoïèse interviennent des produits de désintégration des globules rouges et notamment la bilirubine qui, même à très petites doses, stimule la production de réticulocytes. L'alimentation notamment avec l'hémoglobine et la chlorophylle a également un effet stimulant sur l'hématopoïèse. Il doit donc s'établir dans l'organisme un équilibre entre les effets de l'alimentation et ceux des produits de désintégration qui apparaissent dans l'organisme. Cette régulation doit être de nature complexe. En tout cas, il n'est pas possible d'admettre que les vitamines interviennent comme un des éléments constitutifs des incrétions.

P.-E. Morhardt.

ACTA OBSTETRICA ET GYNECOLOGICA SCANDINAVICA (Helsingfors)

Eric Lindquist. ***Sur les avortements à Malmoe de 1897 à 1928; étude de statistique médico-sociale*** (*Acta obstetrica et gynecologica scandinavica*, tome XII, suppl. 1, 1931). — 2.235 cas d'avortement et plus de 25.000 accouchements, observés à l'hôpital général de Malmoe, de 1897 à 1928, ont fait l'objet d'une étude extrêmement détaillée. Le premier fait instructif à retenir touche les causes d'avortement qui, la plupart du temps, sont inconnues. Ainsi, sur le nombre si imposant, dans 92,8 pour 100 des cas, il a été impossible de découvrir une cause quelconque. Dans 36 cas seulement, l'avortement était sûrement ou vraisemblablement de nature criminelle.

Les avortements, accompagnés de fièvre, font toujours soupçonner une intervention criminelle. Il est à noter que les avortements fébriles n'atteignent, chez les primipares, que la proportion de 3 à 4 pour 100. Dans les autres groupes, le pourcentage varie entre 20 et 25.

Les avortements n'offrent aucune fréquence particulière chez les femmes mariées, dont les maris se trouvent dans une situation économique particulièrement précaire. L'immense majorité des femmes mariées, ayant subi un avortement, se recrutent dans la partie inférieure de la classe moyenne et dans les milieux ouvriers dont les revenus sont suffisants.

Pour les femmes non mariées, l'aisance paraît jouer un rôle en ce qui concerne la fréquence d'avortements. Dans cette classe de population, plus la femme a une existence assurée, moins on y rencontre des cas d'avortement. Seulement, dans 10 pour 100 de cas, l'avortement s'est rencontré chez les femmes aisées et non mariées. Pour le reste, l'on avait affaire aux femmes appartenant aux couches les plus déshéritées. Chez les jeunes ouvrières, qui travaillent dans l'industrie et dont l'âge est au-dessous de 20 ans, l'avortement provoqué donne lieu à une statistique particulièrement élevée.

Chez 90 pour 100 environ des femmes hospitalisées pour avortement, on a pratiqué, le plus souvent dans un délai de vingt-quatre heures, les interventions nécessaires. Néanmoins, des décès ont été enregistrés, mais la majorité des décès survenus chez les avortées infectées doivent être attribués à des manœuvres abortives. La mortalité de toutes les hospitalisées est de 1,2 pour 100. Ajoutons que, pour les avortements sans fièvre, la mortalité est nulle.

G. Ichok.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA (Stockholm)

P. M. Sjöström. ***Recherches sur la tétanie post-opératoire*** (*Acta chirurgica scandinavica*, tome LXVIII, nos 4-6, 22 Octobre 1931). — S. a étudié 7 cas de tétanie consécutive à l'ablation des parathyroïdes au cours d'une parathyroïdectomie; 3 ont pu être suivis pendant plusieurs années. De très nombreux examens électriques et dosages de la calcémie ont été faits pendant ce temps.

Dans 2 cas, l'affection était bénigne et la guérison se produisit spontanément et complètement. Dans 4 autres cas, les troubles étaient très marqués. Néanmoins, sans traitement spécial, l'affection est entrée au bout d'un an et demi à deux ans et demi dans une phase de latence. Les malades, qui ne présentent plus de troubles subjectifs, ont retrouvé leur pleine capacité de travail, bien qu'ils gardent un signe de Chvostek positif, une augmentation de l'excitabilité électrique et une calcémie considérablement abaissée, demeurant autour de 5 milligr. 9 pour 100 chez l'un d'eux. Il semble que le calcium sanguin ait adopté un nouveau niveau qui est devenu permanent depuis des années.

Pour S., toute tentative faite pour fixer un certain niveau critique de la calcémie au-dessous duquel la tétanie se manifesterait semble être une schématisation qui n'est guère compatible avec les conditions de la réalité. Ce n'est pas tant, semble-t-il, un certain taux du Ca qui est le déterminant, que la chute du Ca sanguin au-dessous du taux auquel l'organisme est habitué. Quand celui-ci a été capable de s'adapter au taux abaissé du Ca, une phase de latence complète peut survenir, en dépit de l'abaissement du Ca au-dessous du niveau soi-disant critique.

Les essais de S. ont confirmé l'action spécifique de la parathormone de Collip sur la tétanie post-opératoire. Son effet est transitoire et comparable à celui de l'insuline dans le diabète. Les comprimés de parathyroïde n'ont donné qu'un résultat nul ou insignifiant. Les préparations de calcium (Afenil, Incalven) en injections intraveineuses se sont montrées capables de faire avorter des crises même intenses. Au cours de la tétanie chronique se traduisant par des troubles modérés, le chlorure de calcium pris par la bouche est susceptible de donner des résultats favorables. S. n'a pu arriver à se faire une idée précise de l'efficacité des préparations d'ergostérine irradiée (Vigantol) dans la tétanie post-opératoire.

P.-L. Marie.

Gunnar Redell. ***Spondylite au cours d'une fièvre ondulante de Bang*** (*Acta chirurgica scandinavica*, 3 Décembre 1931). — R. rapporte un cas de spondylite observée au cours d'une fièvre ondulante de Bang. Le cas a été suivi pendant deux ans et demi. L'évolution clinique ainsi que l'étude des altérations vertébrales vérifiées à la radiographie incitent à penser que la lésion vertébrale a été créée par le virus de Bang. L'auteur a trouvé, dans la littérature, deux cas semblables au sien et qui se sont également terminés favorablement. Aussi doit-on porter un bon pronostic en présence de cette complication.

Métivet.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA (Copenhague)

Knud H. Krabbe et Einar Geert-Jörgensen. ***Recherches sur la pression rachidienne et sur le liquide céphalo-rachidien dans les hémorragies et les thromboses du cerveau*** (*Acta Psychiatrica et Neurologica*, fasc. 4, 1931). — Chez 140 malades atteints d'hémorragie ou de ramollissement cérébral et dont 50 ont été autopsiés, K. et G.-J. ont examiné la pression rachidienne et le taux de l'albumine, des globulines et des cellules du liquide céphalo-rachidien. Une pression rachidienne supérieure à 30 indique avec une certaine probabilité qu'il s'agit d'une hémorragie sans exclure toutefois l'éventualité d'un ramollissement. La constatation de sang dans le liquide ou sa xantochromie indique avec une certitude presque complète l'existence d'une hémorragie encéphalique ou méningée. Dans des cas très rares où le ramollissement a produit un infarctus hémorragique, le liquide peut présenter les mêmes caractères. Une augmentation du taux de l'albumine indiquerait une hémorragie. Le nombre des cellules s'avère de peu d'importance dans le diagnostic différentiel.

Raymond Garcin.

REVISTA MEDICA DE BARCELONA

L. Saye. ***Les types anatomo-radiographiques de la lésion tuberculeuse initiale chez l'adulte et l'adolescent*** (*Revista Medica de Barcelona*, tome VIII, n° 94, Octobre 1931). — S. cherche à préciser, par une enquête étendue à 232 malades, quels rapports existent entre les diverses images radiographiques d'une part, et, d'autre part, les évolutions différentes de la tuberculose pulmonaire.

Son étude comporte une belle collection de clichés typiques. Il précise ainsi les caractères des lésions initiales de mode nodulaire et de type pneumonique:

Les *nodules* se distingueront à la radiographie par:

1° La conservation des travées broncho-vasculaires;

2° La présence des nodules multiples, homogènes, bien limités;

3° Des zones claires aux contours réguliers, correspondant aux zones de destruction, et des images cavitaires, également bien limitées;

4° L'intégrité du parenchyme voisin.

Au contraire, les *images pneumoniques* se caractérisent par la disparition des travées broncho-vasculaires, la présence de masses opaques, obscurcissant une zone étendue, des nodules irréguliers, mal circonscrits (broncho-pneumonie), des zones en voie de caséification et des cavernes à contours accidentés, de zones d'extension infiltrées, avec réaction péribronchique.

S. étudie la proportion de ces types (ulcérés et non ulcérés), et des formes mixtes selon les localisations de la lésion, l'existence ou non d'une contagion connue, l'existence ou non d'une hémoptysie initiale, les signes physiques.

Il trouve ces derniers dans 80 pour 100 des cas, des anomalies du seul murmure vésiculaire dans 38 pour 100, des bruits adventices dans 43 pour 100. Les bruits adventices se rencontrent dans 30 pour 100 des formes nodulaires non ulcérées et 4 pour 100 des formes pneumoniques non ulcérées, contre 57 pour 100 et 51 pour 100 des mêmes formes ulcérées.

Bard déclarait l'évolution de la tuberculose prédéterminée dès la période d'état. S. affirme aujourd'hui que la prédétermination existe dès le début. Chaque forme évolue à sa manière propre: une forme nodulaire demeure nodulaire jusqu'à la fin; de même un processus fibreux, un processus ulcéreux, destructif.

Sergent assure que la tuberculose « tend à se répéter sous la même forme chez le même individu ». S. considère chacune des formes anatomo-radiographiques qu'il a étudiées comme la réponse univoque d'un terrain donné à un germe donné.

G. d'Heucqueville.

REVUE DES JOURNAUX

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE (Paris)

Raoul Malmejac. *Les rapports de la guanidinémie avec la puerpéralité* (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXIV, 6 Décembre 1931). — M. a étudié la guanidinémie: 1° chez la femme normale au cours de la gravidité et du *post-partum* et 2° chez les femmes pathologiques (éclampsisme et éclampsie *ante-* et *post-partum*).

Les relations possibles entre l'incrétion parathyroïdienne et la puerpéralité normale l'avaient conduit à doser systématiquement la guanidine dans le sang au cours de la gestation et du *post-partum*, en partant de cette idée que l'état gravidique entraîne des modifications anatomiques et fonctionnelles de l'appareil parathyroïdien et de cette autre idée que le taux de la guanidine dans le sang varie avec l'état de fonctionnement du système parathyroïdien, augmentant dans le cas de lésion de celui-ci. La méthode employée fut celle de Ralph Major et Weber avec quelques modifications. Pour les dosages de calcium, M. a utilisé la méthode de Ch.-O. Guillaumin.

Dans la grossesse normale et surtout vers la fin, on constate une légère augmentation de la guanidinémie. Dans le même temps, le taux du calcium sanguin devient inférieur à celui existant chez la femme non gravide. Dans l'éclampsie, il existe une hyperguanidinémie très élevée pouvant être double des chiffres observés dans les grossesses normales.

La moyenne des taux de calcium obtenus chez la femme au cours de la gravidité normale est à la limite inférieure du taux physiologique. Dans quatre cas d'état pré-éclamptiques, il y avait trois fois une hypocalcémie et une fois une hypercalcémie. Dans les états éclamptiques, le taux de la calcémie semble toujours inférieur à la normale (7 cas).

Partant de ces données, M. considère les troubles du métabolisme de la guanidine et du calcium comme étant l'origine probable de l'état d'éclampsie.

Il en déduit qu'il faut employer, comme antidote de la guanidine, les sels de calcium et que, pour favoriser la fixation du calcium, il faut exposer les malades aux irradiations ultra-violettes après chaque injection et pratiquer des injections d'extrait parathyroïdien. Ce traitement est complété par un traitement médical symptomatique: morphine, somnifène, saignée, mais seulement dans les cas particulièrement menaçants. Le calcium sera utilisé sous forme de gluconate de calcium (ampoules de 10 cmc d'une solution à 10 pour 100), employé à doses massives simultanément par voie intra-musculaire et intra-veineuse. C'est ainsi que pour l'une de ses malades, M. a injecté 20 gr. de sel en huit heures.

Comment faut-il comprendre l'intoxication qui est à l'origine de l'éclampsie? M. note que, dans l'éclampsisme et l'éclampsie, il y a augmentation marquée de l'azote total et de l'azote résiduel et faible variation de l'azote uréique, et quelques chiffres extraits de ses observations illustrent amplement ces perturbations apportées dans le métabolisme azoté. Or, l'azote résiduel comprend de nombreuses substances, parmi lesquelles l'acide urique, créatine, ammoniaque et acides aminés, pigments, indol et scatol, acide carbamique, acide sulfocyanique, acides oxyprotéiques, méthyl-guanidine, histamine, choline, novaïne, réducto-novaïne, méthyl-pyridine, gynésine, mingine, vitiatine. Parmi ces substances, M. s'est attaché à rechercher la guanidine pour trois raisons : 1° la femme enceinte présente des troubles fonctionnels parathyroïdiens; 2° l'insuffisance parathyroïdienne s'accompagne d'une hyperguanidinémie; 3° l'intoxication guanidinique présente des caractères communs avec l'intoxication éclamptique.

Au total, M. envisage l'éclampsie comme un état d'insuffisance hépato-parathyroïdien. Les organes qui neutralisent les toxines sont débordés, ce qui serait le point de départ des lésions parathyroïdiennes, hépatiques et secondairement rénales. Cette insuffisance hépato-parathyroïdienne entraîne la mise en circulation de produits toxiques, tels les produits de décomposition des matières albuminoïdes. HENRI VIGNES.

ARCHIVOS DE MEDICINA CIRUGIA Y ESPECIALIDADES (Madrid)

A. Urgoitti. *Contribution à l'étude de la bacillémie tuberculeuse, par l'hémoculture, dans les tuberculoses ostéo-articulaires* (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, tome XII, n° 43, 24 Octobre 1931). — Le problème est de grande importance. Or, la clinique et l'anatomie pathologique sont impuissantes à le résoudre. La bacilloscopie directe et l'inoculation au cobaye ne donnent pas de meilleurs résultats.

U. reprend la question à la lumière des notions nouvelles d'ultra-virus, de cycle évolutif des virus. Il utilise la technique de la culture de Löwenstein, basée sur la résistance du bacille de Koch aux milieux acides, et sur la possibilité de son développement dans une solution d'« asparragine ».

Les résultats sont les suivants:

1° Le bacille de Koch ne circule que dans un tiers des cas de tuberculose ostéo-articulaire.

2° Le bacille de Koch circule habituellement en cas de concomitance de lésions ostéo-articulaires et pulmonaires.

3° Il existe une corrélation étroite entre la bacillémie et le stade évolutif de la lésion: hémoculture toujours négative dans les cas guéris, 13 pour 100 d'hémocultures positives pour les lésions en régression, 39 pour 100 pour les stationnaires, 66 pour 100 pour les extensives.

4° La bacillémie est plus fréquente dans les processus fébriles que dans les processus apyrétiques. G. D'HEUCQUEVILLE.

P. Garcia Amo. *Appendicite et grossesse* (*Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*, tome XII, n° 46, 7 Novembre 1931). — Les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence de la coïncidence appendicite-grossesse. Les chiffres moyens sont 1 appendicite dans 2.300 grossesses; et 1 coïncidence pour 72 appendicites.

La grossesse offre des conditions particulières à l'évolution d'une appendicite: l'appendice est surélevé; la masse utérine s'oppose à l'apparition d'adhérences capables de circonscrire l'inflammation.

Les vomissements incoercibles ne sauraient être imputés à une appendicite chronique latente.

Le diagnostic se pose surtout avec la pyélonéphrite, les annexites, la grossesse extra-utérine. L'intervention s'impose d'urgence en cas de crise aiguë. S'il faut évacuer l'utérus, on doit le faire avant la laparotomie, en préférant la voie vaginale, afin de ne pas courir les risques d'une césarienne en milieu infecté. G. D'HEUCQUEVILLE.

IL POLICLINICO [Sezione medica] (Rome)

M. Dalla Palma. *L'éosinophilie familiale* (*Il Policlinico* [*Sez. medica*], tome XXXVIII, n° 12, 1er Décembre 1931). — Une femme de 34 ans, sans autres antécédents qu'une pleurésie à rechute, vient consulter pour des crises douloureuses avec amaigrissement, faisant penser à une cholécystite ou à un ulcus duodénal; l'examen est négatif, mais on a la surprise de trouver une leucocytose avec grosse éosinophilie (16.000 globules blancs; polynucléaires neutrophiles 23 pour 100, polynucléaires éosinophiles 61, myélocytes éosinophiles 2, polynucléaires basophiles 1, mononucléaires 2, lymphocytes 11), sans modification des globules rouges, des plaquettes ou de la coagulabilité; les ganglions et la rate sont normaux. Sous l'influence d'un régime et d'une thérapeutique acidifiante, les crises douloureuses disparaissent, mais pendant les six mois que dure l'observation, la leucocytose et l'éosinophilie persistent, variant de 14.800 à 32.000 et de 43 à 73 pour 100.

Les recherches les plus minutieuses n'ont pas permis de mettre en évidence de parasites intestinaux (D. P. est allé jusqu'à inoculer des selles de la malade dans le rectum de cancéreux); les réactions de Weinberg et de Casoni ont été négatives. On ne retrouve aucun antécédent personnel ou héréditaire de maladie allergique et toutes les cuti-réactions aux protéines ont été négatives.

L'origine des grandes éosinophilies ne relevant ni du parasitisme, ni de l'allergie est obscure; D. P. en a retrouvé 50 cas, 29 cryptogénétiques, 10 chez des cancéreux et 11 au cours de la maladie de Hodgkin. Il est impossible de parler de leucémie, car les formes jeunes sont inconstantes, uniquement éosinophiles et leur présence s'explique facilement par l'intensité de la réaction médullaire. Certains auteurs ont soutenu qu'il s'agissait d'insuffisance splénique; dans la majorité des cas, la rate est grosse, mais des exceptions sont possibles, tel le cas présent; au surplus, la splénomégalie manque dans la grande éosinophilie des cancéreux. Il semble donc plus juste de faire intervenir le dysfonctionnement d'un système plus étendu, le système réticulo-endothélial.

L'origine de ce trouble a été placée soit dans une altération constitutionnelle héréditaire, soit dans un facteur exogène inconnu. Souvent, en effet, ces grandes éosinophilies sont familiales; mais à serrer le problème de près, l'interprétation reste difficile. La malade de D. P. a deux enfants qui, tous deux, ont de l'éosinophilie et son mari n'en présente pas, ce qui est en faveur d'un facteur héréditaire; mais si l'on examine de nombreux parents, on observe que l'éosinophilie s'observe aussi bien dans la lignée paternelle que dans la lignée maternelle, bien que les parents de la malade ne soient pas consanguins. En bloc, l'éosinophilie existe chez 3 membres de la famille sur 4; mais dans certaines branches, on observe une infestation par les ascaris, le taux de l'éosinophilie dépassant, il est vrai, celui qui est habituel dans l'ascaridiose. L'éosinophilie peut apparaître avant toute infestation, puisque D. P. l'a constatée chez un nouveau-né de la famille n'ayant que 18 jours.

Devant ces données contradictoires, D. P. ne se croit pas autorisé à apporter de conclusions fermes et c'est à dessein qu'il a employé l'expression d'éosinophilie familiale et non celle d'éosinophilie héréditaire.

L. ROUQUÈS.

G. Meldolesi. *La fonction menstruelle dans la maladie de Flajani-Basedow* (*Il Policlinico* [*Sez medica*], tome XXXVIII, n° 12, 1er Décembre 1931). — Sur 56 femmes atteintes de maladie de Flajani-Basedow, M. n'a trouvé la fonction menstruelle normale que dans 13 cas; chez les autres, on observait des modifications du rythme des règles, le plus souvent irrégulières, et des modifications de leur abondance, presque toujours dans le sens de la diminution; 14 malades ont présenté des périodes d'aménorrhée complète pendant un

an ou plus; dans 4 cas seulement, il y avait de véritables ménorragies, sans lésions locales ou troubles sanguins. Dans 53 pour 100 des cas, le début de la maladie avait été précédé par les anomalies menstruelles ou la puberté avait été anormale. L'aménorrhée complète s'observe surtout dans les formes graves (11 cas sur 14), mais il n'y a pas un parallélisme étroit entre les troubles menstruels et l'élévation du métabolisme basal: dix malades ayant une forme sévère ne présentaient aucune modification des règles.

Le métabolisme basal et l'hypersensibilité adrénalinique s'élèvent chez les basedowiens pendant la période pré-menstruelle, puis s'abaissent au-dessous de leur valeur primitive pendant la période menstruelle proprement dite; dans quelques cas, les variations sont inverses, mais on sait que le flux menstruel n'apparaît pas un temps constant après la rupture du follicule. Il est donc indispensable, dans la détermination du métabolisme basal, de tenir compte de la phase du cycle menstruel où se trouvent les malades.

L. Rouquès.

M. Pisa. ***Influence du sommeil sur les modifications de l'équilibre acido-basique dans les maladies du rein*** (*Il Policlinico* [*Sez. medica*], tome XXXVIII, n° 12, 1er Décembre 1931). — Chez les sujets à reins normaux, on observe pendant le sommeil une acidose légère avec baisse du pH et de la réserve alcaline; les déterminations de P. confirment sur ce point celles de Collip et s'opposent à celles d'Endres. La diminution de la réserve alcaline montre que l'acidose nocturne n'est pas due seulement au défaut d'élimination des valences volatiles qu'entraîne l'hypoexcitabilité du centre respiratoire, mais aussi à la diminution de la fonction rénale d'élimination des acides fixes.

Chez les sujets atteints de néphropathies et, de ce fait, déjà en état d'acidose, le pH s'abaisse la nuit proportionnellement plus que la réserve alcaline; l'hypoexcitabilité du centre respiratoire joue alors le rôle le plus important en provoquant l'accumulation du gaz carbonique.

Cette acidose nocturne d'origine surtout gazeuse explique peut-être les attaques nocturnes d'asthme rénal; il se peut qu'en s'accumulant, l'anhydride carbonique atteigne un taux suffisant pour contrebalancer l'hypoexcitabilité du centre respiratoire; celui-ci répondrait alors en provoquant une hyper ventilation pulmonaire ayant pour but de ramener l'équilibre acido-basique à la normale.

L. Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

G. Pellegrini. ***Contribution à l'étude du diabète insipide : II. action exercée par la pituitrine et l'insuline sur les échanges d'eau entre le sang et les tissus et sur la diurèse*** (*La Clinica Médica Italiana*, tome LXII, n° 11, Novembre 1931). — Pendant l'épreuve d'ingestion d'eau, la pituitrine produit chez les malades atteints de diabète insipide des effets variés; dans 2 cas, P. a observé l'augmentation de l'hydrémie et de la diurèse avec mobilisation des réserves hydriques des tissus; dans un autre, la diminution de l'hydrémie, une réduction importante de la diurèse avec augmentation des réserves hydriques; dans le dernier, aucune modification nette de l'hydrémie ou de la diurèse. Dans l'épreuve de concentration, la pituitrine a toujours diminué et retardé la concentration sanguine et réduit la diurèse. Dans l'épreuve d'ingestion de sel, la pituitrine a diminué la dilution du sang, sans modifier la durée de cette dilution; la diurèse n'a été réduite que dans 1 cas sur 4.

L'insuline, dans l'épreuve d'ingestion d'eau, a constamment diminué l'importance et la durée de l'hydrémie; dans les épreuves de concentration et d'ingestion de sel, l'insuline a toujours empêché le passage de l'eau des tissus vers le sang; la diurèse a été réduite pendant la phase d'hydrémie.

La densité de l'urine s'élève pendant l'oligurie produite par la pituitrine, ne varie pas pendant l'oligurie due à l'insuline. L'action anti-polyurique de la pituitrine relève principalement de l'augmentation du pouvoir de concentration du rein, celle de l'insuline dépend surtout d'une diminution de la diurèse aqueuse.

L. Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

G. Hanau. ***Une maladie qui disparaît : l'entérocolite muco-membraneuse*** (*Gazetta degli Ospedali et delle Cliniche*, tome LII, n° 46, 15 Novembre 1931). — La disparition progressive de cette maladie est constatée dans presque tous les pays et des médecins spécialisés dans les affections digestives comme Boas n'en ont pas observé un seul cas indiscutable dans ces dix dernières années. L'entérocolite muco-membraneuse n'est que la transformation d'une colite muqueuse banale sous l'influence de thérapeutiques irritantes; Boas a montré depuis longtemps le danger des lavements astringents; des recherches expérimentales récentes de Runge et Hartmann, de Friendenwald et Feldmann, il résulte que les lavements d'eau savonneuse et même les lavements d'eau pure peuvent devenir nocifs à la longue; les lavements d'huile sont les moins offensants pour la muqueuse. L'abandon des purgatifs drastiques, le traitement surtout diététique de la constipation habituelle ont contribué aussi à rendre plus rare l'entérocolite membraneuse. Si cette maladie disparaît, ce n'est pas parce qu'on en a trouvé un traitement efficace, mais parce qu'on n'emploie plus les thérapeutiques qui sont susceptibles de la provoquer.

L. Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

A. Paglia. ***La signification d'une alopécie particulière des jambes chez les hyperuricémiques (alopécie péronière des uricémiques de Tommasi)*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 43, 26 Octobre 1931). — En 1928, Tommasi a signalé chez les hyperuricémiques une alopécie particulière siégeant sur les faces externe et postéro-externe des jambes, surtout dans leurs deux tiers inférieurs et ne dépassant pas la ligne médiane postérieure; l'alopécie est bien limitée, de forme ronde ou ovale, ou plus souvent à contours géographiques; elle peut être totale ou laisser quelques poils grêles; la peau, à son niveau, est en général lisse et mince.

P. confirme la valeur de cette alopécie comme signe révélateur d'hyperuricémie, ainsi que l'ont montré les dosages faits chez les malades qui la présentaient. Certains neuro-arthritiques atteints d'affections cutanées uricémiques (eczéma prurigineux en taches, eczéma séborrhéique) avaient le signe de Tommasi, sans hyperuricémie; pensant qu'il s'agissait chez eux d'hyperuricémie relative, P. les a traités par le régime apurinique et leurs dermatoses ont guéri.

L. Rouquès.

G. de Flora. ***Nouvelles recherches sur la participation de la rate à la régulation de la glycémie*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 44, 2 Novembre 1931). — F. a étudié l'action de la rate sur la glycémie, en recherchant ses variations après avoir provoqué une splénocontraction par réfrigération de l'aire splénique à l'aide d'un jet de chlorure d'éthyle. Dans tous les cas, il a observé une baisse de la glycémie, allant de 0,19 à 0,57 gr. pour 1.000 et persistant en général pendant une heure et demie. La réfrigération de la région symétrique, qui correspond à une partie de l'aire hépatique, provoque aussi une baisse de la glycémie, mais inconstante et beaucoup plus faible; dans un cas seulement, l'hypoglycémie par réfrigération de la zone hépatique a été plus forte que celle par réfrigération de la zone splénique, mais elle a été de courte durée. La réfrigération de la cuisse ne modifie pas la glycémie. L'hypoglycémie manque chez le chien après splénectomie.

Le mécanisme de l'action de la rate sur la glycémie peut s'interpréter de multiples façons; F. pense que la rate exerce une stimulation sur la sécrétion insulinienne, car l'hypoglycémie a été plus faible, dans ses observations, chez les diabétiques que chez les sujets à pancréas normal; mais il n'est pas possible de nier absolument l'existence d'hormones spléniques analogues à l'insuline.

L. Rouquès.

G. Delpiano. ***Angine agranulocytaire post-arsénobenzolique*** (*La Riforma Medica*, tome XLVII, n° 44, 2 Novembre 1931). — Une femme de 36 ans, syphilitique ancienne, sans tares apparentes, a déjà subi sans incidents plusieurs traitements arsenicaux et bismuthiques. On lui fait une nouvelle série de 6 injections hebdomadaires d'arsénobenzol, ne dépassant pas 0 gr. 45, au total 2 gr. 40; douze jours après la fin de cette série, on lui injecte un sel insoluble de bismuth; elle se plaint de douleurs à la déglutition, de frissons et d'accès de fièvre. Le 5e jour, son médecin constate une angine nécrotique ulcéreuse grave, avec état général très infecté. Le 11e jour, la malade fait un avortement d'un mois et son utérus est cureté. Le 13e jour, D. voit la malade: elle est physiquement très prostrée, mais lucide; les gencives sont saignantes, un liquide sanieux coule des narines; le voile et les piliers sont détruits par un processus nécrotique et à la périphérie de l'ulcération, il y a une importante infiltration œdémateuse. La température est à 39°, le pouls bien frappé à 120; il y a de la dyspnée. La peau a la couleur de la cire vierge, sans ictère vrai. Le foie et la rate sont de dimensions normales. L'utérus est plein de caillots. L'examen du sang montre une anémie intense (1.700.000 globules rouges, avec déformations des hématies, sans hématies nucléées) avec leucopénie (600 globules blancs) et agranulocytose (25 polynucléaires pour 100, tous neutrophiles, soit 150 par mmc). La malade meurt de collapsus le 15e jour.

L'agranulocytose arsénobenzolique ne semble pas exceptionnelle et D. a pu retrouver 10 nouvelles observations qui s'ajoutent aux 28 cas rassemblés par Aubertin et Lévy en 1930.

L. Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

A. Bobbio et **E. Massobrio.** ***Le traitement des cardiopathies par le glucose et l'insuline; considérations théoriques et applications pratiques*** (*Minerva medica*, 22e année, tome II, n° 45, 10 Novembre 1931). — B. et M. ont traité 9 malades atteints de cardiopathie valvulaire par des injections intraveineuses, une tous les deux jours pendant douze jours, de 20 cmc d'une solution de glucose à 50 pour 100 et de 5 à 10 unités d'insuline, celle-ci étant mélangée au glucose au moment de l'emploi. Chez les malades en état de décompensation manifeste, l'effet du traitement a été nul; la diurèse a été un peu diminuée le jour des injections, un peu augmentée le lendemain et, en moyenne, le taux des urines n'a augmenté que de 150 à 200 cmc. Chez les malades en état de dé-

compensation légère, les signes objectifs, le pouls et la tension n'ont pas été influencés; mais les malades ont ressenti une sensation de bien-être avec reprise des forces et de l'appétit et augmentation de poids. La diurèse s'est élevée de 300 cmc par jour, peut-être en raison de l'amélioration de l'appétit. Dans l'ensemble donc, ces résultats ne justifient pas les espoirs que cette thérapeutique avait fait naître.

Quelques malades n'ayant pas mangé après l'injection ont présenté des accidents d'hypoglycémie, malgré l'administration simultanée de glucose et d'insuline et malgré la petite dose de celle-ci. Ayant étudié comparativement des sujets sains et des cardiaques, B. et M. ont observé que la glycémie baissait plus tardivement chez les cardiaques que chez les sujets normaux et que l'apparition des accidents était d'autant plus retardée que l'état de décompensation cardiaque était plus intense; chez certains même, aucun accident ne fut observé dans les limites de l'expérience (90 minutes). B. et M. en concluent que chez les cardiaques, le trouble fondamental n'est pas tant le manque de sucre qu'une altération de l'assimilation des hydrates de carbone; celle-ci ne peut évidemment pas être corrigée par l'administration d'une quantité plus importante de glucose.

L. Rouquès.

F. Penati, V. Barone et **P. Croce.** ***Le glucose et l'insuline dans le traitement des cardiaques*** (*Minerva medica*, 22e année, tome II, n° 45, 10 Novembre 1931). — Chez les cardiaques décompensés, l'ingestion de fortes doses de glucose (200 gr.) a, dans la majorité des cas, une action favorable sur les troubles subjectifs: gêne respiratoire, palpitations, asthénie, mais ne modifie pas nettement les signes objectifs. L'addition d'injections d'insuline (5 à 15 unités) ne paraît pas renforcer l'action du glucose; au contraire, les résultats ont été moindres ou même nuls. L'administration de glucose ou d'hydrates de carbone est donc utile chez les cardiaques, mais elle ne peut remplacer la thérapeutique habituelle; les grosses doses de sirop de glucose ou de sucre sont presque toujours bien tolérées, lorsqu'elles sont fractionnées; à leur défaut, le régime des cardiaques doit être riche en hydrates de carbone.

L. Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE (Turin)

F. Penati et **G. Baroffio.** ***Action du glucose et de l'insuline sur l'appareil cardio-vasculaire*** (*Archivio per le Scienze Mediche*, tome LV, n° 9, Septembre 1931). — Après l'injection intraveineuse de 50 cmc d'une solution de glucose à 50 pour 100, on observe, chez les sujets indemnes de lésion cardio-vasculaire, une diminution des pressions maxima et minima et de la fréquence du pouls, une accentuation nette des ondes R et T et en général aussi de P; chez les porteurs de lésions cardiaques, on observe des effets semblables, mais T n'est pas modifié.

L'injection intraveineuse de 10 unités d'insuline provoque chez les sujets normaux une augmentation de la pression différentielle et une accélération parallèle du pouls coïncidant avec l'apparition des accidents hypoglycémiques; R s'accentue, S diminue en général, T s'aplatit, l'espace Q-S augmente légèrement, une arythmie sinusale respiratoire et des oscillations respiratoires de la ligne isoélectrique apparaissent.

Après injection intraveineuse simultanée de 50 cmc de glucose à 50 pour 100 et de 10 unités d'insuline, on constate chez les sujets normaux: une augmentation de la pression différentielle relevant surtout d'une élévation de la maxima, puis une baisse de deux pressions, avec des variations parallèles du pouls; R s'accentue, S s'atténue, T diminue, puis prend une amplitude supérieure à la normale, R-T s'allonge constamment, Q-S moins nettement; une arythmie respiratoire et des oscillations de la ligne iso-électrique apparaissent. Chez les cardiaques, la différentielle s'élève, modification qui ne dépend que de l'augmentation de la maxima, puis les deux pressions maxima et minima baissent légèrement; le pouls s'accélère, parfois fortement, suivant les modifications de la maxima; le maximum des variations coïncide avec les accidents hypoglycémiques. R augmente, S aussi dans quelques cas; l'onde T s'aplatit lorsqu'elle est positive ou s'accentue quand elle est négative, sans rapport certain avec les troubles hypoglycémiques; P augmente; P-R s'allonge dans quelques cas, R-T souvent; des extrasystoles apparaissent fréquemment.

Les phénomènes cardio-vasculaires consécutifs à l'injection de glucose-insuline sont beaucoup plus marqués et persistants chez les cardiaques que chez les sujets sains.

L. Rouquès.

GIORNALE VENETO DI SCIENZE MEDICHE (Venise)

T. Cortesi. ***Sur un état crépusculaire hystérique et les nouvelles conceptions de l'hystérie*** (*Giornale Veneto di Scienze Mediche*, tome V, n° 9, Septembre 1931). — C. rapporte l'observation d'une jeune fille de 21 ans, jusqu'alors normale, sans hérédité psychopathique, qui fut prise brusquement d'un état crépusculaire avec quelques vagues idées de persécution, des illusions visuelles, une agitation psychomotrice de type anxieux ou passionnel et une tendance au maniérisme et aux attitudes théâtrales. Cet état qui ne s'accompagnait d'aucun signe objectif se termina le troisième jour, quelques heures après l'apparition des règles. Les règles, au cours de la précédente période menstruelle, avaient cessé subitement après une violente frayeur. C. porte le diagnostic de manifestations hystériques; il pense que la conception biopsychologique de l'hystérie soutenue par Kretschmer est celle qui permet le mieux de comprendre la physiopathologie du syndrome présenté par la malade.

L. Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DELLE MALATTIE DELL' APPARATO DIGERENTE (Rome)

G. Osselladore et **G. Sacerdote.** ***Les modifications post-opératoires de la chlorurémie, particulièrement chez les opérés d'affections digestives*** (*Archivio italiano delle malattie dell' apparato digerente*, tome I, n° 1, Octobre 1931). — O. et S. ont recherché les variations post-opératoires de la chlorurémie chez 35 malades, dont 21 opérés pour des maladies du tube digestif, les autres pour des affections variées, surtout des voies urinaires; les dosages ont été faits sur le sang total, avec la méthode de Mandel et Steudel, légèrement modifiée. Comme d'autres auteurs l'ont déjà constaté, il existe, dans les suites opératoires, une hypochlorurémie presque constante; mais chez les malades de O. et S., même chez ceux qui avaient subi des interventions modifiant le transit intestinal, la baisse de la chlorurémie resta très discrète, cela peut-être parce qu'il n'y eut aucun incident post-opératoire.

La thérapeutique hydratante par les solutions salines physiologiques suffit à compenser le petit déficit chloruré de la plupart des opérés et la thérapeutique rechlorurante par les solutions hypertoniques doit être réservée aux cas où l'hypochlorurémie est notable et s'accompagne de signes cliniques.

L. Rouquès.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

G. Stuempke. ***Sensibilisation à volonté chez l'animal, à l'égard de substances chimiquement définies et de substances d'origine végétale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 2, 9 Janvier 1932). — S. a poursuivi ses recherches avec une série d'extraits de plantes. Presque chacune de ces nombreuses substances a été étudiée sur plusieurs séries d'animaux et les inoculations ont été répétées généralement 5 fois et parfois davantage. L'inoculation de ces substances provoque parfois une inflammation simple ou une nécrose qui doivent être distinguées des réactions de sensibilisation. Ces dernières ont comme caractère distinctif d'être essentiellement passagères, d'apparaître au plus tard au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures et de disparaître en deux ou trois jours. En outre, elles peuvent être circonscrites ou diffuses et s'étendre alors à l'abdomen presque tout entier et enfin déterminer une co-réaction au niveau des endroits où une injection antérieure a été faite.

S. n'a jamais constaté, sous l'influence d'une première inoculation, des phénomènes de sensibilisation. Celle-ci n'apparaît qu'à la 2e ou 3e inoculation après un laps de temps de dix à douze jours. Une fois l'animal sensibilisé, la première réaction produite est généralement forte et les autres plus atténuées. Mais on observe également des phases de réaction négative et, en général, au bout de quelques mois, on constate une désensibilisation.

Parmi les extraits végétaux, il en est un certain nombre qui ont permis de sensibiliser et notamment ceux de primevères, de chrysanthèmes, de tulipes, de jacinthes, de sureau, de cactus, d'achillée. Par contre, les résultats ont été négatifs avec le cyclamen, le fuchsia, la rose, le géranium, le lilas, etc. Les réactions ont été en général fortes même avec des dilutions à 1 pour 100. Sur toutes les substances chimiques utilisées, il n'en est que deux, la térébenthine et l'huile de croton, qui ont donné des résultats analogues aux extraits de plantes.

A l'examen histologique, on a constaté une dilatation des capillaires dans la couche supérieure de la peau et notamment dans les papilles et en outre des veines dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces veines ont été trouvées souvent thrombosées avec début d'organisation et petites hémorragies. L'épithélium n'est pas modifié, sauf en dehors de la formation des vésicules.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Enger. ***L'influence du moment où l'insuline est administrée et où le repas est pris sur la courbe du sucre du sang*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 2, 9 Janvier 1932). — E. a d'abord établi la courbe du sucre du sang à jeun avec ou sans insuline, chez des sujets sains ou chez des diabétiques. Chez les sujets sains, le minimum de la courbe est atteint vers la 4e heure et les effets de l'insuline se font sentir jusqu'à la 5e heure. Chez les diabétiques, la courbe descend assez vite pendant les deux ou trois premières heures, mais le minimum n'est atteint que vers la 5e ou la 6e heure et les effets du médicament se font sentir jusqu'à la 8e heure. Des essais analogues avec des aliments ont montré que le maximum de l'élévation de la glycémie après repas survient beaucoup plus tôt que l'effet maximum de l'insuline, et dure beaucoup moins longtemps. Dans ces conditions, il est nécessaire, en quelque sorte, de « viser » de manière à obtenir, avec l'insuline, une courbe du sucre sans accident. Effectivement, si le repas est donné vingt minutes après l'injection d'insuline il y a hyperglycémie marquée d'environ trois heures. Mais si quinze minutes après l'injection d'insuline on donne un petit repas d'hydrates de carbone, puis un repas important


LUSOFORME

d'hydrates de carbone deux heures plus tard et de nouveau un petit repas deux autres heures plus tard, on arrive à obtenir une courbe qui s'abaisse régulièrement comme la courbe de la glycémie à jeun.

Dans un exemple de ce genre, donné par E., il a été administré dans un cas de diabète moyennement grave, à 8 heures: 40 unités d'insuline; à 8 h. 20, 20 gr. de pain et 5 gr. de beurre; à 10 h., 10 gr. de pain, 100 gr. de pommes de terre, 150 gr. de légumes, 100 gr. de viande et 40 gr. de beurre; à 12 h., 20 gr. de pain et 5 gr. de beurre; à 14 h., 10 gr. de pain et 5 gr. de beurre. En administrant la même quantité d'insuline en 3 fois, on obtient une forte hyperglycémie dans le courant de l'après-midi parce que les deux dernières injections d'insuline cumulent leurs effets. Avec deux injections d'insuline par jour et une répartition correspondante de la nourriture, les variations de la glycémie sont par contre beaucoup moins considérables.

En somme, il ne s'agit pas seulement de proportionner l'insuline à l'alimentation, mais il faut encore répartir les injections et les repas d'une façon correcte, et c'est en donnant un petit repas peu après l'injection d'insuline, puis un grand repas 1 h. 1/2 à 2 h. plus tard et en pratiquant deux injections d'insuline par jour qu'on obtient les meilleurs résultats.

P.-E. Morhardt.

Adolf Hartwich. ***Le traitement de l'agranulocytose par les rayons Rœntgen et la transfusion du sang*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 3, 16 Janvier 1932). — Depuis la proposition de Friedemann, on a essayé de divers côtés le traitement de l'agranulocytose par les rayons Rœntgen. H. a essayé de cette méthode dans 100 cas. Dans l'un qui concernait un homme de 52 ans, il semble que cette thérapeutique a eu un résultat au moins passager bien que le malade ait fini par mourir de septicémie. Dans 3 autres cas, dont H. donne les courbes, on constate que l'irradiation aux rayons Rœntgen a régulièrement fait augmenter les granulocytes d'une façon passagère. Deux ou trois jours après la dernière irradiation, la proportion de ces cellules est d'ailleurs toujours revenue plutôt au-dessous de la normale. Les injections de lait et d'omnadine ont eu des effets analogues.

En ce qui concerne la transfusion, H. a constaté des effets également nets. Il donne une série d'observations montrant que cette méthode fait tomber la température d'une façon critique ou lytique et fait augmenter le nombre des globules blancs et plus spécialement celui des granulocytes. En même temps, la nécrose du larynx s'améliore rapidement. Mais, comme avec les rayons de Rœntgen, l'augmentation est passagère.

Quatre des malades observés au cours de ces six derniers mois et traités à temps par cette méthode ont guéri. En conclusion, il semble que la transfusion du sang mérite d'être employée plus souvent qu'on ne le fait dans le traitement de cette maladie.

P.-E. Morhardt.

E. Witebsky et **R. Klingenstein.** ***Diagnostic sérologique différentiel entre la tuberculose et la syphilis*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 3, 16 Janvier 1932). — Pour faire le diagnostic différentiel entre la syphilis et la tuberculose, on peut tout d'abord faire appel au chauffage. En effet, le sérum de patient, chauffé à 63°, perd sa réactivité pour l'antigène tuberculeux, tandis qu'il la conserve à l'égard de l'antigène de la réaction de Wassermann. Néanmoins, cette méthode ne donne pas de résultats constants, car il arrive que la réactivité des sérums de tuberculeux disparaisse avec le chauffage au delà de 56°.

Une méthode plus sûre pour mettre en évidence une double infection peut être trouvée dans des essais de fixation. En traitant préalablement les sérums de tuberculeux avec des bacilles de la tuberculose, on fait perdre, à ces sérums, leur activité à l'égard de l'antigène tuberculeux, mais non pas à l'égard de l'extrait de cœur de bœuf. Sous l'influence de ce traitement, en effet, l'anticorps tuberculeux disparaît complètement. La fixation est d'ailleurs spécifique, car l'anticorps, à l'égard des coli, ne disparaît pas. Ainsi la réactivité du sérum tuberculeux de l'antigène utilisé par W. et K. serait due aux effets d'un anticorps frais.

Mais si la fixation des anticorps tuberculeux est relativement facile, on n'arrive pas facilement à un résultat analogue en ce qui concerne la réaction de Wassermann parce que, dans ce dernier cas, on utilise un extrait soluble qui ne peut pas être éliminé par centrifugation. Pour obvier à cet inconvénient, W. et K. ont utilisé des extraits d'organes précipités ou desséchés et soumis à un traitement spécial permettant de les éliminer par centrifugation après réaction. Ils ont pu rendre ainsi négative la réaction de Wassermann, ce qui montre également que dans cette réaction ce sont bien des anticorps qui interviennent.

P.-E. Morhardt.

Norbert Henning et **Ernst Bach.** ***La valeur diagnostique de l'épreuve combinée des fonctions gastriques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 3, 16 Janvier 1932). — L'épreuve proposée par H. et B. consiste à étudier d'abord la sécrétion gastrique à jeun, puis les effets de l'excitation provoquée en montrant un aliment appétissant. Chez un sujet sain, on obtient dans ces conditions une courbe caractérisée par la présence de deux sommets dont l'un doit correspondre au fonctionnement des glandes du corps de l'estomac et le second à l'action de la sécrétine sur le parenchyme du fundus après action des aliments sur l'antre. Suivant que ces sommets s'observent ou non, on peut tirer de là des conclusions intéressantes au point de vue pratique.

Le nombre des sujets observés par H. et B. s'est élevé à 203. Dans un grand nombre de cas, il y a eu contrôle gastroscopique. Chez 42 sujets sains, on a trouvé soit les deux sommets, soit le second seulement. Il en a été de même en cas de gastrite aiguë, mais alors l'examen a été pratiqué généralement après guérison. Par contre, dans 41 cas sur 61 de gastrite chronique, on a observé soit seulement le premier sommet, ce qui montre que l'antre ne fonctionne pas, soit l'absence de sécrétion, soit au contraire une forte exagération de l'acidité faisant disparaître les accidents ordinaires de la courbe. Dans les 20 cas restants, les résultats ont été normaux.

Dans 46 cas sur 65 d'ulcère gastrique ou duodénal, on a constaté la courbe d'hyperacidité maximale. Il semblerait qu'en pareil cas la production de sécrétine soit fortement augmentée et que, dans ces conditions, les glandes du fundus fonctionnent d'une façon continue. Il semblerait également que la sécrétine produite ne rencontre pas, comme normalement dans le foie, le régulateur qui doit l'empêcher d'agir exagérément sur les glandes du fundus.

P.-E. Morhardt.

ZENTRALBLATT für GYNAKOLOGIE
(Leipzig)

J. Saidl (Prague). ***Leucémie et grossesse*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, tome LV, 17 Octobre 1931). — S. relate 3 cas de grossesse survenant au cours d'une leucémie myéloïde. En réalité, le troisième cas n'est pas très probant et le curettage fait après un arrêt de règles d'un mois ne permet pas d'affirmer avec autant de certitude la grossesse que dans les deux premiers cas.

On trouvera dans cet article l'observation 2 qui montre d'une façon tout à fait tragique la gravité de la grossesse au cours d'une leucémie. La malade âgée de 26 ans ne voulut pas laisser interrompre sa grossesse, au septième mois elle accouchait d'un enfant mort et succombait après l'accouchement. En regard de ce cas, il faut insister sur l'heureux résultat obtenu par S. chez une femme de 35 ans, soignée par les rayons depuis un an et qui fut hystérectomisée par S. au cinquième mois d'une grossesse s'accompagnant d'une grave atteinte de l'état général et qui supporta parfaitement bien cette opération.

E. Desmarest.

Josef Malfatti (Innsbruck). ***L'importance du calcium aux points de vue prophylactique et thérapeutique en obstétrique et en gynécologie*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, tome LV, n° 43, 24 Octobre 1931). — L'importance du calcium chez les femmes enceintes avant, pendant l'accouchement et au cours de l'allaitement, se comprend aisément pour qui sait la grande quantité de calcium nécessaire pour neutraliser l'acidité du sang chez la parturiente et chez la nourrice. Un nouveau-né pesant environ 6 livres a tiré du sang maternel les 28 gr. 6 de calcium qui lui sont nécessaires et continue pendant la lactation à emprunter à la mère 0 gr. 30 de calcium par jour. Ou la quantité de calcium réclamée par l'enfant est récupérée par l'alimentation ou l'organisme maternel l'emprunte aux différents organes, en particulier au système osseux et au système dentaire. Ainsi pourrait s'expliquer l'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire.

La thérapeutique découle de ces prémisses et M. recommande l'administration de kalzan qui est un lactate de calcium et de sodium. Trois tablettes de kalzan, prises trois ou quatre fois par jour pendant des mois si besoin est, lui ont donné d'excellents résultats, en particulier, dans deux cas de tétanie au cours de la grossesse.

M. note l'heureux effet de la thérapeutique par le calcium dans les métrorragies de la puberté et dans les troubles de la ménopause. Dans les troubles vaso-moteurs, dans l'hypertension et dans les accidents d'hyper ou d'hypothyroïdisme notés au moment de la ménopause, le kalzan a donné à M. des résultats très intéressants. Grâce à lui, des femmes anémiques, chlorotiques, asthéniques ont vu disparaître leurs écoulements vaginaux blanchâtres et repris du poids. L'action de ce médicament sur la coagulation est intéressante dans les hémorragies d'origine ovarienne car il semble régulariser la fonction des hormones dans les cas où l'opothérapie a échoué.

Cette action favorable sur les hémorragies de la ménopause est de nature à éviter nombre d'hystérectomies.

Ajoutons enfin que M. a observé dans les annexites aiguës ou subaiguës l'heureuse influence du kalzan sur l'inflammation des organes et partant sur le temps de la guérison.

On trouvera dans l'article de M. à propos de ces diverses indications du traitement par le calcium quelques observations résumées brièvement.

E. Desmarest.

ZEITSCHRIFT für ORTHOPADISCHE CHIRURGIE
(Stuttgart)

H. Eckhardt (Berlin-Dahlem). ***La croissance*** (*Zeitschrift für orthopädische Chirurgie*, tome LV, fasc. 4, Décembre 1931). — Nous ne pouvons résumer, mais seulement signaler cette revue des théories et des lois invoquées couramment en Allemagne pour expliquer les modifications normales ou pathologiques du squelette; elle n'apporte aucune recherche ou fait personnel. On y trouvera la classification et la dénomination des anomalies de croissance de Rössle, la loi de vulnérabilité des

cellules à croissance rapide de Jansen, les lois du développement squelettique, l'indication d'une « phase sensible » due à un désaccord résultant du rythme différent que suivent les muscles, le squelette, l'appareil circulatoire dans leur développement et qui s'observerait chez la jeune fille, de 11 à 15 ans. Viennent ensuite les modifications dues aux pressions, aux tractions, à l'hyperémie active et passive. L'influence de l'alimentation sur la croissance a pu être étudiée non plus individuellement, mais en masse, par suite des privations de la guerre, et l'on voit l'effet fâcheux de son insuffisance se manifester au plus haut point chez les enfants allemands en 1917, s'atténuer avec la fin des hostilités pour reprendre ensuite au moment de l'inflation. Viennent enfin les modifications dues aux glandes vasculaires sanguines et l'étude de la croissance dans quelques-unes des dystrophies osseuses. A la fin, un index bibliographique ne donnant que des indications de travaux allemands, à l'exception d'un seul, de Delorme, paru il est vrai dans le *Zeitschrift*.

P. Grisel.

REVISTA MEDICA LATINA AMERICANA (*Buenos-Aires*)

J.-J. Beretervide. ***Les ombres radiologiques arrondies du thorax; le cancer du poumon*** (*Revista Medica Latina Americana*, tome XVI, n° 192, Septembre 1931). — La fréquence du cancer primitif du poumon s'est accrue au cours de ces dernières années: l'adénome pré-cancéreux, post-grippal, a été invoqué à la suite de l'épidémie de 1918. Le néoplasme est à point de départ souvent bronchique. Son exérèse chirurgicale, très choquante, n'a pas donné les résultats qu'on attendait.

Cliniquement, au début, c'est la toux quinteuse, les douleurs, la dyspnée, les crachats hémoptoïques, la dénutrition, l'éosinophilie qui orientent le diagnostic. Mais c'est la radiographie seule qui le pose, permettant de distinguer le cancer du kyste hydatique pulmonaire, fréquent en Argentine.

B. classe les aspects radiologiques en formes hilaires, formes intra-pulmonaires nodulaires et lobaires.

Le carcinome lobaire siège d'ordinaire dans le lobe supérieur droit. Lorsqu'il atteint la scissure celle-ci, normalement rectiligne, apparaît incurvée, à concavité supérieure (image caractéristique).

Le carcinome nodulaire garde habituellement son aspect propre jusqu'au terme de son évolution.

Les sarcomes, primitifs et secondaires, se présentent comme des globes sphériques, réguliers, homogènes. Il faut les distinguer des kystes hydatiques, qui parfois se déforment à l'inspiration (signe pathognomonique lorsqu'il existe).

Les complications du cancer pulmonaire, sténose bronchique, infiltration pneumonique péri-tumorale, métastases axillaires, destructions osseuses, notamment au niveau des corps vertébraux, donnent des images bien particulières: l'examen clinique seul serait souvent impuissant à établir le diagnostic étiologique.

G. d'Heucqueville.

Galvan. ***L'hypertension artérielle dans les syndromes digestifs*** (*Revista Medica Latina-Americana*, tome XVI, n° 192. Septembre 1931). — L'auteur a étudié systématiquement la tension artérielle chez les malades atteints d'une affection digestive : il l'a trouvée élevée dans un nombre insolite de cas.

Il est convaincu du rapport de causalité que soutiennent les deux syndromes: l'hypertension artérielle pure serait suffisante pour entraîner de véritables maladies des voies digestives, gastropathies surtout (les gastrorragies essentielles, les ulcères étant plus fréquents). Le chimisme gastrique est habituellement augmenté chez les hypertendus.

Le tableau clinique est fonction de l'intensité de l'hypertension, non de sa cause. Il s'amende avec elle. Une hypertension latente, isolée, est aussi nocive que l'hypertension satellite d'une grande urémie. Aussi ne doit-on jamais omettre de la rechercher chez les gastropathes de plus de 40 ans.

G. d'Heucqueville.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (*Wien*)

Popper. ***L'anesthésie paravertébrale au cours des pancréatites*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 31, 31 Juillet 1931). — L'anesthésie paravertébrale comporte avant tout un intérêt diagnostique au cours des affections abdominales aiguës, particulièrement lorsqu'il s'agit de différencier une colique hépatique d'une colique néphrétique droite. Les segments auxquels correspondent l'innervation de l'estomac, de l'appendice et des organes génitaux de la femme ont donné lieu également à diverses recherches.

Mandl a tenté de calmer les douleurs dues à un cancer du pancréas à l'aide d'injections pratiquées entre DVIII et LI et a obtenu quelques résultats. P. a recouru à la méthode dans le traitement de syndromes pancréatiques aigus et pense avoir obtenu des résultats non seulement en calmant les douleurs, mais encore en améliorant, semble-t-il, l'évolution de la maladie. Il a pratiqué les injections en des points exactement symétriques de ceux qui correspondent à la vésicule et au foie, mais du côté gauche. Le premier cas relaté par l'auteur manque de tout contrôle opératoire et le diagnostic de pancréatite aiguë fut posé uniquement par le taux du pouvoir diastasique du sang et par la glycémie. Dans les cas 2 et 3, la laparotomie fut pratiquée en raison de la défense et de la contracture locale et l'on trouva à l'intervention un exsudat péritonéal séro-hémorragique ainsi que des lésions de stéato-nécrose du pancréas.

Il semble donc que l'on possède, dans la pratique des injections paravertébrales, un moyen diagnostique commode, susceptible en même temps de calmer les douleurs paroxystiques, et peut-être d'enrayer le processus de cyto-stéato-nécrose.

G. Basch.

Aschner. ***Névroses et psychoses au cours des troubles de la menstruation*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 36, 4 Septembre 1931). — A. s'efforce de prouver, à l'aide de nombreuses observations, que la menstruation joue chez la femme un rôle excrétoire important, et que la suppression ou la diminution de cette fonction peuvent entraîner les états morbides les plus variés. Au cours de l'hypoménorrhée, on observe particulièrement des troubles nerveux qui seraient dus pour A. à une intoxication par rétention de certains déchets; ces troubles ont, en effet, trois caractères: ils se manifestent plus spécialement dans les jours qui précèdent les règles, ils sont améliorés par les différents traitements de l'hypoménorrhée, ils s'accompagnent enfin presque toujours de manifestations diverses traduisant une perturbation des échanges: obésité, migraines, rhumatisme, etc.

L'atteinte du système nerveux se traduit de façon différente suivant les cas. Certaines femmes présentent un état d'excitation nerveuse qui peut aller de l'irritabilité légère à la psychose grave avec obsessions et idées de suicide; chez d'autres existent soit des troubles vaso-moteurs consistant en paresthésies, paralysies ou anesthésie transitoires, vertiges, soit une insomnie rebelle ou au contraire une somnolence perpétuelle. Les états anxieux sont fréquents chez les femmes mal réglées, et A. a observé 31 cas d'anxiété vraie qu'il attribue à une sorte d'auto-intoxication agissant par l'intermédiaire de troubles nerveux, vaso-moteurs et psychiques. Des manifestations hystériques de toutes sortes peuvent également s'observer, et là encore, A. invoque, à côté d'un certain degré « d'infantilisme psychique » allant de pair avec l'hypoplasie des organes génitaux, le rôle de l'auto-intoxication.

Des états d'excitation nerveuse cités en premier, il faut rapprocher les états d'agitation maniaque ou hypomaniaque allant jusqu'aux accès délirants, et améliorés par le traitement de l'insuffisance menstruelle. Dans la manie périodique, A. considère aussi que l'amélioration d'une menstruation insuffisante a un heureux effet tant sur le stade de dépression que sur celui de manie, qu'il atténue et écourte. L'influence du traitement serait beaucoup moins nette par contre dans la paranoïa, dont A. a observé 8 cas, mais semble cependant se faire sentir dans quelques cas.

Enfin, ce sont les états de dépression mélancolique, de beaucoup les plus fréquents (47 cas), qui semblent bénéficier au maximum du traitement préconisé par A.

G. Basch.

Fülöp. ***Sur l'aurothérapie en dermatologie, et plus particulièrement dans le traitement de la syphilis*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 37, 11 Septembre 1931). — F. rapporte les résultats donnés par l'emploi des sels d'or dans le traitement de certaines dermatoses (lupus érythémateux, lupus vulgaire, psoriasis), et dans celui de la syphilis, résultats minutieusement étudiés chez un assez grand nombre de malades. Les préparations utilisées ont été le krysolgan, le triphal, l'aurophos, le lopion et le solganal.

Les sels d'or, particulièrement sous forme de solganal, toléré à plus fortes doses que les autres préparations, agissent très efficacement sur le *lupus érythémateux*: si quelques cas sont nettement réfractaires, dans la plupart au contraire, après une brève réaction, on voit les lésions pâlir, puis les télangiectasies disparaître, la guérison survenant plus rapidement qu'avec les autres méthodes thérapeutiques, et les résultats esthétiques étant supérieurs.

Dans le *lupus vulgaire* et dans le *psoriasis*, l'aurothérapie isolée est sans effet; par contre, associée à d'autres procédés, elle peut, dans la première affection, hâter considérablement la guérison.

En ce qui concerne la *syphilis* (les statistiques de F. portent sur 31 malades, dont 8 syphilis primaires, 20 syphilis secondaires, et 3 syphilis latentes), il semble que l'on possède dans le solganal B, qui contient 50.3 pour 100 d'or, un produit ayant une action élective sur le tréponème et sur les diverses manifestations de la syphilis. Il est injecté, par voie intra-musculaire, à des intervalles de quatre ou cinq jours, et à doses progressivement croissantes de 0 gr. 25 à 1 gr., la dose totale atteinte en une série étant de 5 gr. 75 à 6 gr. En outre d'une douleur passagère au lieu de l'injection, on peut voir survenir, après la deuxième ou la troisième piqûre, une éruption urticarienne suivie d'un exanthème scarlatiniforme fébrile, ou de l'albuminurie, incidents qui n'empêchent pas de poursuivre le traitement en diminuant les doses. Par contre, l'apparition de cylindres épithéliaux ou granuleux dans 2 cas a fait suspendre les piqûres. Les résultats du traitement, contrôlés par des examens répétés (ultra-microscope, séro-réactions), ont été les suivants: les tréponèmes disparaissent entre la deuxième et la quatrième injection; les diverses manifestations cutanéo-muqueuses commencent à régresser dès la troisième ou quatrième injection. Les adénopathies et la séro-réaction sont les symptômes les plus rebelles. Cependant, dans deux cas qui avaient résisté à des cures mixtes arsénico-bismuthiques, la séro-réaction, encore positive à la fin de la série de sels d'or, est devenue négative une semaine plus tard.

Le solganal intraveineux n'a pas semblé donner des résultats nettement supérieurs.

F. conclut que le traitement par les sels d'or est indiqué dans les syphilis primitivement ou secondairement résistantes aux médicaments usuels, mer-

Toute l'année

DAX

Toute l'année

LA CURE INTÉGRALE DU RHUMATISME

par les bains de boue *(radioactivité de 0,42 à 8.85 millicrocuries)*

Station entièrement rénovée

LE SPLENDID HOTEL ET L'HOTEL DES BAIGNOTS

COMPORTANT CHACUN LEUR ÉTABLISSEMENT THERMAL

PRIX MODÉRÉS

Renseignements : **Société Immobilière Fermière des Eaux de Dax, à DAX (Landes)**

---

travaux des savants spécialistes de l'antiseptie sont unanimes à conclure qu'en solution aqueuse diluée l'Iode naissant est : parmi les microbicides les plus puissants et le seul qui stimule — au lieu d'affaiblir — la résistance cellulaire

c'est pourquoi je n'emploie plus d'autre antiseptique que Noviode dans

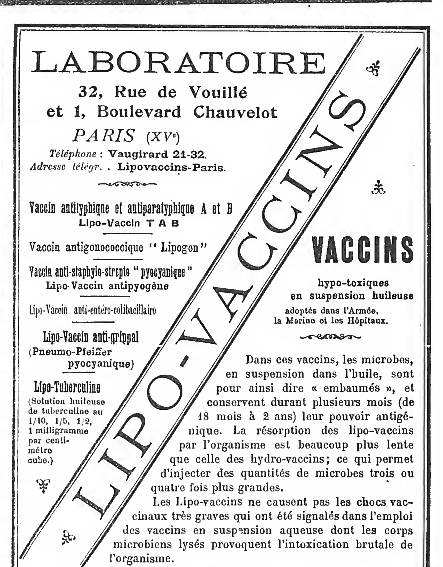
1° gargarismes, Plaies, Brûlures, Ulcérations, abcès, soins dentaires :

1 comprimé Noviode dans un verre d'eau ou 2 comprimés dans la cuvette pour plaies importantes

2° vaginites, métrites, soins obstétricaux, urétrites etc... :

1 comprimé Noviode par 1 à 2 litres d'eau

Les laboratoires Salvoxyl 237, rue Lafayette à Paris vous adresseront documentation et échantillons



LABORATOIRE DEFFINS

Adresse télégraphique : DEFFINS-PARIS -:- **40, Rue du Faubourg-Poissonnière, PARIS** -:- *Téléph. : PROVENCE 20-80*

PANSEMENTS NON STÉRILISÉS, STÉRILISÉS ET ANTISEPTIQUES

(Conformes aux exigences du Codex)

CATGUTS STÉRILISÉS

(Préparés avec des boyaux frais, stérilisés par tyndallisation)

CRINS DE FLORENCE — SOIES — FILS DE LIN — FILS D'ARGENT — FILS DE BRONZE D'ALUMINIUM
LAMINAIRES ASSOUPLIES — DRAINS MOULÉS, ETC.

DÉPÔT GÉNÉRAL DES VACCINS I. O. D. — RANQUE ET SENEZ

R. C. : Seine, n° 217.976.

CATALOGUES SUR DEMANDE

cure, bismuth, ou surtout arsenic, ou dans les cas d'intolérance à ces médicaments.

G. Basch.

Aschner. *Traitement « somatique » dans la démence précoce* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 39, 25 Septembre 1931). — A. a fréquemment observé, coïncidant avec des psychoses diverses, et, en particulier, avec la démence précoce, des troubles de certaines fonctions organo-végétatives: insuffisance menstruelle, troubles digestifs et hépatiques, insuffisance de la fonction d'élimination de la peau, etc. Il croit que, chez de tels malades, on peut obtenir des améliorations ou des guérisons de leur démence en les soumettant à un traitement susceptible d'améliorer les échanges, de stimuler les diverses fonctions d'élimination par des remèdes variés tels que purgatifs, vomitifs, emménagogues, vésicatoires, sudation forcée, etc., et de traiter le système nerveux neuro-végétatif.

A. a réuni 18 observations dans lesquelles il estime que les rémissions obtenues sont dues à coup sûr au traitement, les malades en question ayant été auparavant suivis, et traités de diverses façons sans avoir jamais présenté de rémission spontanée. Les résultats sont d'autant plus rapides que la maladie est plus récente.

G. Basch.

Brandt. *Sur l'action indirecte du salvarsan* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 39, 25 Septembre 1931). — De nombreux auteurs ont posé la question d'une action indirecte du salvarsan, le pouvoir spirochéticide de ce médicament ne semblant pas être le facteur unique ou du moins immédiat de la guérison de l'infection syphilitique. Ils se sont demandé si l'organisme malade ne jouait pas un rôle dans le processus de guérison, et cela par l'intermédiaire du système réticulo-endothélial.

Kritschewsky et Meersohn ont constaté qu'après l'extirpation de la rate, les souris étaient plus réfractaires au traitement arsenical.

B. s'est livré à des expériences sur des lapins inoculés quatre à dix semaines auparavant. Il a substitué à la splénectomie ou au blocage de la rate le procédé, moins brutal et plus sûr, de Janczo, qui consiste à injecter du eupro-collargol; cette substance provoque la nécrose du système réticulo-endothélial. Il n'est pas parvenu à mettre en évidence un affaiblissement de l'action du salvarsan, les manifestations syphilitiques disparaissant aussi rapidement chez les animaux soumis au euprocollargol que chez les animaux témoins. Il ne croit donc pas au rôle du système réticulo-endothélial, du moins dans la guérison des symptômes de la syphilis.

G. Basch.

Goldschmidt. *Phrénicectomie dans le pneumothorax pathologique* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 41, 9 Octobre 1931). — G. passe en revue les différents traitements du pneumothorax pathologique; il rappelle les échecs fréquents du traitement médical, les inconvénients que présentent des thérapeutiques plus actives telles qu'aspiration, drainage, ou les multiples interventions chirurgicales préconisées par les différents auteurs. Parmi ces dernières, la suture de la fistule serait évidemment le traitement de choix, mais la découverte de la fistule est souvent fort difficile ou impossible, et les indications de cette opération deviennent, de ce fait, fort délicates à préciser. Il y a donc lieu de chercher si, parmi les traitements moins choquants, il n'y en a pas qui puissent réussir dans certains cas.

G. s'est demandé si, dans le pneumothorax à soupape, où le but à atteindre est d'empêcher la soupape de s'ouvrir au moment de l'inspiration, et l'air inspiré d'affluer par suite dans la cavité pleurale, l'immobilisation du diaphragme par la phrénicectomie ne réaliserait pas les conditions nécessaires. Il publie à l'appui de sa thèse une observation. L'exérèse du phrénique n'a provoqué aucun trouble chez son malade, qui a rapidement guéri. G. ajoute qu'une paralysie temporaire du phrénique, si on avait les moyens de la réaliser, remplirait le même rôle.

G. Basch.

Materna. *Lésions hépatiques après impaludation* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 43, 23 Octobre 1931). — M. a étudié, au point de vue anatomo-pathologique, le foie de 6 malades atteints de paralysie générale, traités par la malariathérapie, et ayant succombé au cours du traitement ou peu après. Il a trouvé des lésions accusées: dépôts considérables de pigment, thromboses étendues, et surtout nécrose circonscrite, et altérations endothéliales accentuées.

Les lésions de nécrose, décrites une seule fois dans le paludisme d'inoculation, sont bien connues dans le paludisme tropical, mais y semblent moins étendues. Elles se retrouvent aussi dans les différentes infections et intoxications. Plus pathognomoniques de la malaria sont les altérations de l'endothélium vasculaire, fréquentes aussi dans le paludisme tropical, et que certains attribuent à l'action des toxines plasmodiales qui agiraient de façon immédiate dans les petites branches de la veine porte.

Quant à la nécrose, elle peut être considérée, soit comme le résultat d'une sensibilisation, due à l'inoculation d'albumines hétérogènes, soit comme la conséquence des altérations vasculaires. Dans le premier cas, le trouble des fonctions hépatiques jouerait un rôle, et en particulier, la déficience de la fonction glycogénique.

M. ne croit pas que dans ces cas, il faille incriminer la dose de sang injectée pour l'impaludation: les malades avaient, en effet, reçu de 3,5 à 4,5 cmc de sang par voie intraveineuse, et on trouve indiquées, dans la littérature, des doses beaucoup plus fortes. Mais peut-être le foie des malades en question avait-il été antérieurement lésé par l'alcoolisme, ou la syphilis elle-même.

Quoi qu'il en soit, M. conclut qu'on ne saurait examiner avec assez de soin les fonctions hépatiques des malades qui doivent être soumis à l'impaludation, avant et pendant le traitement. Il lui semble indiqué d'instituer un régime riche en hydrates de carbone, comme cela a été préconisé contre la nécrose du foie dans l'intoxication par le chloroforme ou dans l'endocardite.

G. Basch.

Zak. *Traitement de l'asthme cardiaque et des états voisins* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 43, 23 Octobre 1931). — Z. passe en revue les différentes théories pathogéniques de l'asthme cardiaque, puis énumère les thérapeutiques susceptibles d'arrêter l'accès, et d'éviter sa reproduction. Le traitement de l'asthme cardiaque se fonde sur 3 principes directeurs: remédier à l'insuffisance du ventricule gauche; supprimer l'action nocive des centres nerveux; surveiller le métabolisme de l'eau.

Au cours de l'accès, l'indication principale est la morphine, au besoin intraveineuse s'il y a urgence, et associée aux toni-cardiaques. Il faut savoir cependant s'en abstenir en présence d'un pouls défaillant, d'une cyanose très accentuée, d'une insensibilité inquiétante. Sont encore indiquées la saignée modérée, l'injection d'une solution sucrée hypertonique, et peut-être l'injection d'extrait hypophysaire. Après la crise, on surveillera le poids du malade, on instituera un régime pauvre en liquides; on y adjoindra la théobromine, et, au besoin, l'injection de diurétiques mercuriels, associés ou non à l'ammoniaque. Enfin et surtout, on instituera les cures digitaliniques répétées à intervalles réguliers.

G. Basch.

Mestitz. *Traitement de l'infection puerpérale par l'injection intra-veineuse de grosses doses d'alcool* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 43, 23 Octobre 1931). — La technique du traitement préconisé par Bär est la suivante: on injecte à la malade une solution composée de 66 cmc d'alcool absolu, dilués dans 140 cmc de sérum physiologique, et ramenée à la température du corps. L'injection, pratiquée dans une veine du bras, doit être poussée très lentement (20 cmc par minute). Au début de l'injection, les malades sont atteintes d'un délire léger, puis, avant que toute la solution soit injectée, s'endorment d'un profond sommeil, et on observe peu après une chute de température. Si la température remonte, on peut pratiquer de nouvelles injections, à deux jours d'intervalle. Leur action est d'autant plus atténuée qu'il y a accoutumance à l'alcool. M. n'a observé aucune suite fâcheuse générale ni locale, sauf l'oblitération des veines quand les injections sont souvent répétées dans le même vaisseau.

Sans considérer cette méthode comme infaillible (elle a échoué dans 2 cas à peu près désespérés au moment où on l'a mise en œuvre), M. estime qu'elle a une valeur indiscutable, ceci d'autant plus que, dans les cas qui concernent sa statistique, il a exclu systématiquement les autres traitements usuels tels que sérothérapie, métaux colloïdaux, etc.

G. Basch.

Wagner-Jauregg. *Réflexions sur les lésions hépatiques et les cas de mort imputés à la malariathérapie* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 44, 30 Octobre 1931). — W.-J. répond à l'article de Materna précédemment analysé. Sur les 6 observations publiées par cet auteur, qui constitueraient un pourcentage inquiétant de décès après impaludation (6 cas en moins de deux mois), W.-J. en élimine 3, l'un parce que le diagnostic de paralysie générale lui semble avoir été porté à tort, les deux autres parce que le décès ne peut être, d'après lui, attribué à l'impaludation. A propos des trois autres cas, et du prétendu danger de la malariathérapie, l'auteur tient à rappeler qu'il a maintes fois répété et écrit comment on doit en user, pour qu'elle constitue un mode de traitement maniable et inoffensif. Sur 150 paralytiques généraux impaludés pendant l'espace d'une année, W.-J. n'a observé que 4 décès, sur lesquels un seul pouvait être imputé au traitement; encore s'agissait-il d'un malade qui avait été impaludé une première fois en 1928 avec succès et chez lequel une réimpaludation après rechute en 1931 ayant échoué, on avait pratiqué une inoculation simultanée de malaria et de fièvre récurrente.

Dans les 3 cas de Materna, où la mort était attribuée, peut-être même à tort dans deux de ceux-ci, au paludisme, W.-J. estime que le résultat eût peut-être été différent, si on avait employé sa méthode: atténuer les crises par de petites doses de quinine, les arrêter pour quelques jours, ou même pratiquer la cure en deux fois, le paludisme étant jugulé à la quinine une première fois, et une réimpaludation ayant lieu 6 ou 8 semaines plus tard.

En ce qui concerne les lésions de nécrose hépatique trouvées par M. au cours de six autopsies pratiquées, W.-J. considère qu'elles doivent donner lieu à de nouvelles recherches qui mettent en évidence leur fréquence par rapport au traitement. Plusieurs auteurs ne les ont pas constatées. W.-J. se demande d'ailleurs si elles ne sont pas susceptibles de rétrocéder.

Enfin, il considère que l'existence de troubles antérieurs de la fonction hépatique ne constitue pas une contre-indication à la malariathérapie, celle-ci judicieusement conduite pouvant les améliorer, et les paralytiques généraux n'ayant rien à perdre à ce traitement.

G. Basch.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

J. W. Gray et C. H. Gowen. ***Le rôle du streptocoque dans le rhumatisme déformant*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXII, n° 5, Novembre 1931). — Les recherches bactériologiques sur le rhumatisme déformant semblent indiquer qu'il relève d'une infection due à un streptocoque spécial, le streptocoque α', insoluble dans la bile, ne fermentant pas l'insuline, transformant partiellement l'hémoglobine en méthémoglobine et produisant une hémolyse très limitée, tandis que le streptocoque typique du rhumatisme articulaire aigu (streptocoque α) forme une zone verte plus large de méthémoglobine et ne détermine pas d'hémolyse. On a souvent isolé ce streptocoque α' du sang des épanchements articulaires et des foyers primitifs et, en l'inoculant aux animaux, on a pu reproduire les lésions typiques de rhumatisme déformant. Enfin les résultats que donne la vaccinothérapie avec ce streptocoque sont en faveur de son rôle étiologique dans cette affection.

Les constatations de G. et G. confirment cette opinion. Toutefois, ils ont soin de faire ressortir l'importance des facteurs prédisposants: hérédité, traumatisme, et surtout climat favorisant les infections des voies respiratoires supérieures.

Parmi les 71 cas de rhumatisme déformant qu'ils ont examinés, ils ont isolé 46 fois (62 pour 100) le streptocoque α' du sang ou du liquide articulaire ou des deux à la fois, grâce à l'emploi d'un milieu de culture spécial (bouillon de cœur de bœuf, peptoné, glycosé, gélatiné, de pH 7,8, additionné de carbonate de chaux). Sur 13 cas de rhumatisme articulaire aigu, il y eut 5 résultats positifs; sur 71 cas témoins (17 ostéoarthrites, 7 sujets normaux et 47 affections diverses) on ne décela que 2 fois le streptocoque α' (1 cas de thrombose des sinus et 1 angine agranulocytaire).

Parmi ces 71 cas de rhumatisme déformant de tout âge, on trouvait chez la plupart une histoire d'infections focales, amygdaliennes, dentaires ou sinusiennes, plus rarement appendiculaires, vésiculaires ou gastriques.

G. et G. soulignent les analogies cliniques et anatomo-pathologiques qui rapprochent le rhumatisme déformant d'un processus infectieux.

Le diagnostic clinique entre le rhumatisme déformant et le rhumatisme articulaire aigu est aisé, mais il n'en est pas de même du diagnostic bactériologique, les germes isolés étant très voisins.

Cliniquement il est souvent difficile de différencier le rhumatisme déformant de l'ostéoarthrite chronique. Celle-ci frappe, il est vrai, des sujets plus âgés, indemnes d'infections focales; on trouve des nodosités d'Heberden; il n'y a pas de caractère infectieux; l'état général est florissant; l'image radiologique est différente. Mais ces nuances sont souvent difficiles à apprécier et l'agglutination vient rendre de précieux services, presque tous les cas de rhumatisme déformant agglutinant le streptocoque α' à des taux en général très élevés.

Du point de vue thérapeutique, il faut améliorer l'état général (alimentation riche en vitamines, soleil, climat favorable), traiter les foyers d'infection et surtout mettre en œuvre la vaccinothérapie, le mode de traitement le plus efficace. Aux mains de G. et G., elle a permis d'obtenir des résultats extrêmement satisfaisants dans les cas récents ou modérément avancés qui s'aggravaient avec d'autres méthodes de traitement. Le vaccin doit être préparé avec les germes isolés du sang ou des articulations chaque fois qu'il est possible; autrement on se servira des germes trouvés au niveau des foyers infectieux ou de stock-vaccins. La vaccinothérapie faite avant la suppression chirurgicale des foyers infectieux, amygdales en particulier, se montre capable de prévenir des réactions fâcheuses du côté des articulations. Pour arriver à guérir l'infection articulaire, elle doit être poursuivie pendant longtemps. Les injections intraveineuses soulagent rapidement les symptômes et semblent venir à bout plus vite de l'infection articulaire que les injections sous-cutanées. Les doses de vaccin doivent être réglées de telle sorte qu'il n'y ait pas de réactions, en particulier de réactions articulaires.

P.-L. Marie.

W. B. Castle, C. W. Heath et M. B. Strauss. ***Les relations étiologiques entre l'achylie gastrique et l'anémie pernicieuse; essai biologique de la sécrétion gastrique de malades atteints d'anémie pernicieuse et de celle de malades non atteints d'anémie pernicieuse ou atteints d'anémie hypochrome n'ayant pas de HCl libre; rôle de l'imperméabilité de l'intestin vis-à-vis des substances hémopoiétiques dans l'anémie pernicieuse*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXII, n° 6, Décembre 1931). — C., H. et S. ont déjà publié des recherches qui montrent l'existence de rapports de causalité entre l'achylie gastrique et l'anémie pernicieuse. En particulier, ils ont constaté que l'administration séparée de viande de bœuf et de suc gastrique humain normal à des malades atteints d'anémie pernicieuse reste sans effet sur l'hématopoïèse. Par contre, si l'on met préalablement ces deux substances au contact, on détermine chez eux une rémission semblable à celle que procure l'hépatothérapie. Ils attribuent cette influence hématopoïétique à une action réciproque s'exerçant entre une protéine de la viande (facteur extrinsèque) et une substance sécrétée par la muqueuse gastrique normale de l'homme (facteur intrinsèque). La viande de bœuf étant à elle seule incapable d'améliorer l'anémie pernicieuse, ils en ont conclu que le facteur intrinsèque fait alors défaut dans le suc gastrique. Ce facteur intrinsèque n'existe pas à l'état normal dans le suc duodénal privé de suc gastrique.

Ce facteur inconnu est détruit à 100°. Il ne se confond pas avec l'acide chlorhydrique ni avec la pepsine ni avec le ferment lab, si bien que les observations d'anémie pernicieuse avec présence de suc gastrique apparemment normal n'infirment pas théoriquement la conception de C., H. et S. sur la nature de l'anémie pernicieuse. Néanmoins, il était intéressant d'étudier de plus près ces cas assez rares qui semblent constituer des exceptions à la théorie des auteurs, à savoir que l'anémie pernicieuse est produite par une digestion gastrique défectueuse des protéines, d'où une véritable carence malgré un régime normal.

Les nouvelles expériences de C., H. et S. viennent démontrer que les examens en usage pour la recherche de l'acide chlorhydrique, de la pepsine et du lab dans le suc gastrique n'ont rien à voir avec la présence ou l'absence du facteur intrinsèque du suc gastrique normal de l'homme, facteur essentiel pour que puisse s'accomplir la réaction avec la viande de bœuf.

Dans une première série d'expériences faite chez deux malades atteints d'anémie pernicieuse chez lesquels le facteur intrinsèque était absent alors que par ailleurs le suc gastrique était normal, ils ont donné de la viande de bœuf sans constater aucun effet sur l'hématopoïèse. Le suc gastrique de ces deux malades obtenu après injection d'histamine fut placé à l'étuve avec de la viande de bœuf et le tout fut donné à deux cas typiques d'anémie pernicieuse sans qu'on observât aucune modification sanguine ultérieure. Les deux malades à suc gastrique dépourvu d'action spécifique sur la viande de bœuf, en dépit de sa composition apparemment normale, réagirent positivement ensuite à l'hépatothérapie.

Dans une seconde série d'expériences, C., H. et S. se sont servis du suc gastrique d'un sujet non anémique, mais ayant de l'achylie, et de celui de 3 malades atteints d'anémie hypochrome avec achylie. Le suc gastrique de tous ces sujets, après stimulation par l'histamine, se montra dépourvu d'acide chlorhydrique libre et des ferments habituels de l'estomac normal. Il fut mis à l'étuve avec de la viande de bœuf et le produit final fut donné à 4 malades atteints d'anémie pernicieuse typique. On constata dans les dix jours un effet très net sur l'hématopoïèse.

Fait intéressant, chez un des malades atteints d'anémie pernicieuse ayant un suc gastrique apparemment normal, le facteur intrinsèque dont on avait constaté l'absence pendant la rechute fut trouvé présent après la rémission provoquée.

Dans certains cas un troisième facteur semble pouvoir jouer un rôle dans la genèse de l'anémie pernicieuse, à savoir la difficulté de la résorption de la substance hémopoiétique formée par l'action réciproque des facteurs intrinsèque et extrinsèque. Les cas assez souvent signalés d'anémie pernicieuse associée à une stricture ou à un court-circuit de l'intestin indiqueraient la possibilité d'un mécanisme de cette nature à la base de certaines anémies pernicieuses.

P.-L. Marie.

A. Lambert. ***Douleur cardiaque et mort subite*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXII, n° 6, Décembre 1931). — Pour L., la cause la plus fréquente de la mort subite n'est pas l'hémorragie cérébrale, ce sont les cardiopathies, la thrombose coronaire en particulier, mais la mort subite n'y est pas chose fréquente si on les considère en bloc; la grande majorité des décès dans les cardiopathies ne sont ni soudains ni inattendus.

Quant à la douleur cardiaque, nous sommes très mal renseignés sur sa pathogénie. L'anatomie pathologique est impuissante à l'expliquer et les constatations expérimentales indiquent que le myocarde est insensible et n'est pas à l'origine de la douleur, qu'il s'agisse d'ischémie ou d'entraves à son fonctionnement résultant de l'anoxémie ou de sa dégénérescence.

Plus on étudie le tableau de l'angine de poitrine et la douleur cardiaque, et plus l'on est forcé de concevoir que la raison de cette dernière réside dans l'anatomie normale du système nerveux végétatif et dans la perversion des réflexes physiologiques normaux, grâce auxquels le cœur et son système vasculaire répondent ou manquent de répondre à la demande qui leur est faite par l'organisme. Les nerfs sensitifs afférents du cœur et de l'aorte cheminent dans l'adventice de la première portion de l'aorte et des vaisseaux coronaires et appartiennent exclusivement à la partie sympathique du système autonome. La surdistension de ces vaisseaux est causée, soit par des réflexes circulatoires normaux qui dans les tissus malades, amènent une tension exagérée de l'aorte avant que les réflexes dépresseurs apportent un soulagement, soit par un remplissage excessif qui détermine la surdistension des parois artérioscléreuses des coronaires. Tant que les réflexes circulatoires ne bouleversent pas l'équilibre entre le myocarde et ses vaisseaux, il n'y a pas de douleur. Mais quand les fonctions des nerfs afférents sont suffisamment troublées ou quand le myocarde est si dégénéré qu'il ne puisse plus se contracter normalement sous l'influence de l'excitation réflexe, l'augmentation normale de la pression sanguine et les réflexes circulatoires déterminent une dilatation excessive des vaisseaux malades et il en résulte de la douleur si le cœur essaie de répondre à la demande de travail accru qui lui est faite. En somme, la douleur cardiaque se produit quand la perturbation fonctionnelle des réflexes normaux détermine des conditions qui excitent les terminaisons des nerfs afférents dans l'adventice de l'aorte et des vaisseaux coronaires.

De son côté, l'expérimentation indique nettement aussi que la distension des vaisseaux est plus

souvent que le spasme la cause de la douleur cardiaque. P.-L. MARIE.

J. L. Johnson et **R. M. Wilder**. ***Hyperparathyroïdie chronique expérimentale; étude du métabolisme chez l'homme*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXII, n° 6, Décembre 1931). — J. et W. ont reproduit chez de jeunes animaux (chiens, rats), sous l'influence d'injections répétées de parathormone (2 à 20 unités par jour), les anomalies du squelette caractéristiques de l'ostéite fibreuse de Recklinghausen: résorption lacunaire des trabécules et de la corticale des os avec remplacement de la moelle osseuse et du cortex par du tissu conjonctif fibreux et du tissu ostéoïde, apparition de cellules géantes et formation de kystes. L'administration simultanée d'ergostérol irradié ne modifia pas le résultat final.

Ils ont soumis d'autre part un volontaire de 35 ans aux injections répétées de parathormone (50 unités par jour), tout en donnant un régime juste suffisant en calcium pour maintenir l'équilibre calcique. On constata bientôt les modifications caractéristiques du métabolisme minéral: élévation de la calcémie, chute de la phosphatémie, augmentation de l'excrétion urinaire du P et du Ca. Vers le 12e jour, se montrèrent de l'asthénie musculaire et des douleurs au niveau des os, rappelant celles de l'ostéite fibreuse et que n'influença pas l'administration d'ergostérol irradié.

Les résultats de ces expériences sur l'homme et les animaux confirment l'opinion que la pathogénie de l'ostéite fibreuse réside dans un excès d'hormone parathyroïdienne et que cette affection n'a aucun rapport avec le rachitisme et l'ostéomalacie.

P.-L. MARIE.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

John Osborn Polak, Vincent P. Mazzola et **Léonard Zweibel**. ***Valeur du sérum glucosé hypertonique dans les soins pré- et post-opératoires*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XXII, n° 6, Décembre 1931). — Les précautions primordiales requises pour assurer les succès opératoires consistent, après un examen détaillé du patient, à instituer tels moyens préventifs que dictent les modifications biochimiques et métaboliques, l'état du sang et le fonctionnement des endocrines. Toute intervention expose, à des degrés variables, au shock, à la déshydratation, à l'acidose. Les solutions salines, administrées par voie rectale ou sous-cutanée, améliorent la tension systolique et le rythme du pouls, mais de façon essentiellement temporaire, même encore qu'additionnées de protéine, de gélatine, de gomme acacia. Les injections intraveineuses de glucose jouent un rôle important dans la prévention et le traitement du shock essentiel et du shock hémorragique. Après avoir rappelé les propriétés physiologiques du glucose, les auteurs relatent les résultats de leurs recherches de laboratoire et, d'après deux cents observations cliniques, ils étudient l'action des injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques.

Au cours d'une transplantation d'uretère, les ganglions splanchniques ayant été lésés, le patient n'a plus de pouls; il est baigné d'une sueur froide, sa tension systolique tombe de 170 à 40; la diastolique ne peut être enregistrée; six minutes après une injection de solution à 50 pour 100 de glucose, on peut compter le pouls radial, la circulation cutanée se rétablit, la tension systolique remonte à 110 pour atteindre, au bout d'une demi-heure, 130 et se maintenir à ce niveau. Dans les accouchements des gestantes surmenées, dans les hémorragies gravidiques, les placenta *praevia*, les injections glucosées métamorphosent l'état des patientes, leur pouls, leur tension systolique et augmentent leur résistance à l'infection. Certes, le sérum glucosé ne peut pas se substituer toujours à la transfusion, mais les auteurs se croient autorisés à tirer de leur travail que, grâce à cette ressource, le shock, la déshydratation et l'acidose sont évitables dans la majorité des cas et que, dans le shock, le volume du plasma et celui des cellules peuvent être rétablis. La constitution chimique du sang est modifiée de façon seulement temporaire lorsqu'une quantité relativement importante de glucose est administrée. L'excès en est éliminé dans l'urine. HENRI VIGNES.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

E. Bezezicki. ***Etude sur le parkinsonisme symptomatique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome X, n° 44, 1er Novembre 1931). — Le syndrome parkinsonien est étroitement lié aux troubles de motilité sous la dépendance des noyaux gris centraux. Dans son travail B. étudie surtout la voie extrapyramidale avec ses centres: le pallidum, le striatum, le locus niger, le noyau rouge, le noyau de Luys et le thalamus.

Dans un travail antérieur B. a proposé de classer les troubles ayant leurs origines dans les noyaux gris centraux en 3 groupes: 1° gr. hypertonico-akinétique, dont les troubles s'associent le plus souvent avec l'hyperkinésie sous forme de tremblement et plus rarement d'athétose; 2° gr. hypotonique avec l'hyperkinésie sous sa forme choréique; 3° gr. dystonique, souvent lié lui aussi à l'hyperkinésie sous l'aspect de l'athétose du tronc.

Le travail actuel a trait au premier groupe hypertonique avec rigidité et hypertonicité musculaire. B. souligne le caractère plastique de cette rigidité et son association fréquente à l'hypokinésie réelle bien qu'elle porte l'empreinte d'hyperkinésie sous forme de tremblement. Le parkinsonisme de la paralysie agitante est l'exemple classique de ce type. Ce syndrome est extrêmement fréquent à la suite de l'encéphalite épidémique. Mais il a également d'autres origines beaucoup plus rares où il apparaît comme un syndrome symptomatique d'autres affections. B. rapporte les résumés des observations et des comptes rendus histologiques des cas où les troubles parkinsoniens sont dus: à la syphilis (3 cas), à la sclérose en plaques (3 cas), à l'artériosclérose généralisée (4 cas, dont un à la suite d'un ictus), aux tumeurs cérébrales (4 cas), et à l'intoxication par l'oxyde de carbone (3 cas).

L'étude de la physiopathologie de ces observations étonne par la diversité des conséquences. Quelquefois une lésion minime des noyaux gris centraux entraîne des troubles très importants, dans d'autres une lésion étendue ne donne qu'une symptomatologie réduite. Dans certains cas, on est en présence de parkinsonisme typique, dans d'autres on constate des hyperkinésies. On peut se demander si on doit attribuer les syndromes extrapyramidaux uniquement aux lésions des noyaux gris ou s'ils ne résultent pas plutôt de l'incoordination des impulsions motrices et de la difficulté de la transformation de ces impulsions dans le cerveau en général. Ne va-t-on pas trop loin dans les essais de localisation des troubles « extrapyramidaux »?

La rigidité doit être très nettement isolée de l'akinésie et de l'hyperkinésie. La rigidité plastique est un trouble du tonus. Elle diffère diamétralement de l'akinésie. Mais l'akinésie ne doit pas être envisagée comme l'opposition de l'hyperkinésie bien que les deux éléments relèvent des troubles du mouvement. Néanmoins leur localisation est encore prématurée quoique les faits cliniques démontrent que l'akinésie et l'hyperkinésie relèvent des noyaux gris centraux.

B. croit que la voie rubro-spinale est celle que suivent les réflexes du tonus et de la stature. La calotte pédonculaire est également une voie réflexe. La voie du pneumogastrique et éventuellement les ganglions sympathiques servent aussi à transmettre les réflexes du tonus musculaire.

Les mouvements choréiformes sont transmis par la voie normale pyramidale.

Par contre les impulsions de la raideur extrapyramidale suivent le faisceau de Monakoff jusqu'à la moelle.

Les hyperkinésies extrapyramidales sont transmises à travers le thalamus jusqu'au sillon de Rolando et de là par la voie pyramidale, jusqu'à la moelle. FRIBOURG-BLANC.

Kostrzewski et **Schlonvogt**. ***Un cas de septicémie typhoïdique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. X, n° 48, 29 Novembre 1931). — K. et S. rapportent les détails de l'observation et du compte rendu anatomique et histologique d'un cas de septicémie dû au bacille d'Eberth sans signes cliniques ni lésions anatomiques intestinales.

Le cas concerne une femme de 27 ans. Dans le tableau clinique les signes de cholécystite et d'endocardite avaient pris la place dominante. Avant la mort apparurent des hémoptysies et autres manifestations traduisant la participation de la diathèse hémorragique. Les recherches de laboratoire ont donné des résultats positifs pour le bacille d'Eberth par l'hémoculture et la séroréaction de Widal.

L'autopsie a révélé l'existence d'une endocardite ulcéreuse avec dilatation du cœur droit et myocardite; infarctus pulmonaire avec réaction pleurale, cholécystite et angiocholite avec lithiase vésiculaire; infarctus de la rate, infarctus du rein droit. Mais dans le tube digestif, dans tout son parcours, absence totale de lésions macroscopiques caractéristiques de fièvre typhoïde. L'examen histologique de nombreux fragments prélevés dans divers endroits de l'intestin, de même que l'examen histologique de ganglions mésentériques, n'ont apporté que des résultats négatifs, de même que la recherche du bacille d'Eberth dans les matières fécales.

FRIBOURG-BLANC.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

M. Biro. ***Dystrophie musculaire progressive*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome VIII, nos 34-35, 27 Août 1931). — Sur un ensemble de 30 cas de dystrophie musculaire progressive dont l'évolution a pu être suivie pendant de nombreuses années, B. fait les remarques suivantes:

1° L'atrophie musculaire progressive se transmet héréditairement plus facilement par l'intermédiaire de la mère, l'hérédité paternelle est rare;

2° Parmi les muscles hypertrophiés, rares sont ceux qui s'atrophient plus tard;

3° Les réflexes tendineux étaient dans la plupart des cas diminués, quelquefois normaux et dans 4 cas seulement exagérés;

4° Les troubles de la sensibilité sont rares (1 cas);

5° La myopathie entraîne quelquefois des déformations du squelette: *a*) Déformations craniennes (1 cas) par suite de l'anomalie du développement; *b*) Déformation thoracique (1 cas) par atrophie osseuse;

6° Les classifications établies sur les méthodes d'investigation actuelles se prêtent mal à tous les cas et B. est obligé d'en emprunter plusieurs sans pouvoir faire entrer dans leurs cadres tous les cas observés;

7° Dans un cas, la dystrophie musculaire était associée à des troubles de la sensibilité de type syringomyélique;

8° Dans d'autres cas, il existait des troubles neuro-végétatifs divers;

9° La marche de la maladie est indépendante de l'âge à laquelle son évolution a commencé;

10° Dans certains cas la progression de la myopathie a pu être arrêtée. FRIBOURG-BLANC.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE (Paris)

Jean-Albert Weil. ***Les réactions cellulaires dans la tuberculose. Les facteurs cellulaires de dispersion et de localisation de l'infection tuberculeuse. Le problème de la bactériopexie*** (*Annales de Médecine*, tome XXX, n° 5, Décembre 1931). — De cette importante étude, il ressort que la succession des réactions polynucléaires d'abord, monocytaires et histiocytaires ensuite, constitue un fait très général et relativement fixe dans ses modalités. Il y a toutefois des différences très importantes dans l'histophysiologie des polynucléaires d'une part, des monocytes et des histiocytes d'autre part. Le pexie circulante polynucléaire n'est pas du même ordre que la pexie fixée exercée par les histiocytes. Les histiocytes, éléments mésenchymateux, possèdent non seulement un pouvoir phagocytaire, mais encore un pouvoir de colloïdopexie décelé par la propriété qu'ils présentent de se colorer par les colorants acides colloïdaux, dits supravitaux, et de floculer ces colorants (Bratianu et Guerriero). Les polynucléaires ne semblent avoir aucun pouvoir de colloïdopexie.

La phagocytose polynucléaire est immédiate et rapide, la phagocytose par les cellules mononucléaires macrophages est plus lente à se déclancher; la première est un processus réactionnel général, la seconde est le fait d'une réaction locale. L'évolution des tuberculoses est régie par des processus de pexie cellulaire généraux et locaux, son pronostic dépend non seulement du nombre et de la virulence des bacilles infectants, mais encore de l'ordre dans lequel se succèdent les réactions polynucléaires et macrophagiques, qui constituent des phénomènes corollaires à l'arrivée des bacilles, de l'intensité et de la durée respectives de l'une et l'autre de ces réactions, de la prédominance de l'une sur l'autre, et de l'influence que l'apparition de l'une peut avoir sur le mécanisme de l'autre. Un des actes thérapeutiques les plus judicieux sera de tenter de lutter contre les réactions polynucléaires, et de favoriser les réactions histiocytaires. Cette action ramène, par une voie détournée, au principe des anciennes thérapeutiques antiphlogistiques dont le but était de combattre les excès des inflammations. On conçoit donc que l'immobilisation d'un foyer tuberculeux puisse produire d'heureux effets. Par ailleurs, tout médicament ou tout extrait bactérien entraînant chez l'animal une réaction monocytaire et histiocytaire précoces sera présumé avoir un effet favorable sur l'évolution des tuberculoses.

L. Rivet.

Georges Guillain et Ivan Bertrand. ***La nécrose atrophique symétrique des circonvolutions pariétales ascendantes et des circonvolutions occipitales, forme anatomo-clinique encéphalique des ischémies nécrotiques symétriques des extrémités*** (*Annales de Médecine*, tome XXXI, n° 1, Janvier 1932). — L'observation anatomo-clinique minutieusement relatée dans ce mémoire présente un double intérêt. D'une part, elle montre que la symptomatologie d'un syndrome thalamique bilatéral peut être réalisée par des lésions corticales symétriques occipitales et pariétales, avec intégrité complète du thalamus: l'observation clinique de ce cas a, en effet, déjà été publiée en 1929 par Boutier, Girot et Baseh sous ce titre: « Sur un cas de cécité centrale. Double syndrome thalamo-strié possible ». D'autre part, l'existence dans ce cas de lésions symétriques pariétales et occipitales paraît poser une question importante au point de vue de la pathologie générale: ne peut-on supposer que des lésions symétriques et destructives de certaines zones de l'encéphale reconnaissent une même pathogénie que les lésions atrophiques et nécrotiques des ischémies symétriques des extrémités? De telles lésions, si distinctes par leur siège, ne peuvent-elles être assimilées au point de vue de la pathologie générale? A ces questions, G. et B. pensent qu'on peut répondre par l'affirmative.

L. Rivet.

Th. Alajouanine et M. Gopcevitch. ***Le procédé des empreintes plantaires dans l'étude du tonus statique*** (*Annales de Médecine*, tome XXXI, n° 1, Janvier 1932). — De l'examen de nombreuses empreintes plantaires dans diverses affections du système nerveux, on peut conclure que les modifications pathologiques de l'empreinte plantaire sont sous l'influence de l'état tonique des muscles de la jambe et du pied dans la station debout et l'on peut donc diviser ces modifications en deux grandes variétés d'après l'aspect de l'empreinte: celles où l'empreinte des talons et l'empreinte de l'isthme sont modifiées dans leur largeur et dans leur forme, aboutissant à une image plus ou moins importante de *pied plat;* celles où, au contraire, l'aspect isthmique de l'empreinte est exagérée, aboutissant à une empreinte de *pied creux.*

Le *premier groupe* (pied plat) correspond à des cas d'hypotonie statique. Tantôt il s'agit d'empreintes anormales unilatérales (hypotonie pyramidale, hypotonie cérébelleuse, hypotonie vestibulaire, hypotonie tabétique, périphérique, névrites et névralgies) et c'est dans ces cas que l'étude de l'empreinte plantaire peut être d'un appoint diagnostique important en objectivant ou en révélant une hypotonie fruste; tantôt il s'agit d'empreintes élargies bilatérales (tabes, syndromes cérébelleux bilatéraux, syndromes pyramido-cérébelleux, tabéto-cérébelleux, etc.). C'est dans les cas d'atteinte paralytique combinée à l'hypotonie que l'on observe les images d'élargissement les plus importantes.

Au *deuxième groupe* d'empreintes (type de pied creux) correspondent deux ordres de faits. Ce sont, d'une part, certaines contractures: contracture extra-pyramidale, parkinsonienne, pied bot spasmodique; d'autre part, les cas où le déséquilibre statique se traduit par des contractions énergiques des muscles des membres inférieurs et de la voûte plantaire: déséquilibre de certains tabes ataxiques, déséquilibre de certains syndromes cérébelleux ou vestibulaires. Une place à part est à réserver au pied creux de la maladie de Friedreich, dont la pathogénie est encore en suspens.

Au fond, ces empreintes de pied creux exagèrent l'aspect du pied semi-creux normal réalisé par la tonicité physiologique des muscles de la jambe et de la voûte plantaire; et l'on comprend que ce pied creux pathologique puisse être dû, soit à l'hypertonie constante de ces mêmes groupes musculaires, soit aux contractions temporaires créées par le déséquilibre.

Cette étude des empreintes plantaires est intéressante dans la séméiologie des troubles toniques frustes.

L. Rivet.

Georges Guillain, Paul Léchelle et Raymond Garcin. ***La polyglobulie, avec ou sans érythrose, de certains syndromes hypophyso-tubériens (Retour à la normale du nombre des globules rouges après exérèse chirurgicale d'une tumeur hypophysaire)*** (*Annales de Médecine*, tome XXXI, n° 1, Janvier 1932). — Dans ce travail, après avoir rappelé certains travaux de Mariano R. Castex, G., L. et G. relatent quatre observations personnelles. Ils rappellent divers travaux publiés sur la polyglobulie cérébrale, sur la polyglobulie au cours de syndromes infundibulo-tubériens.

De l'étude de ces faits, il résulte que, au cours de lésions évidentes de la région hypophyso-tubérienne, l'examen du sang met en évidence, dans un certain nombre de cas, manifestement purs de tout trouble cardio-vasculaire, l'existence d'une polyglobulie manifeste, parfois accompagnée d'érythrose des téguments.

Cette polyglobulie paraît être la conséquence de la lésion infundibulo-hypophysaire, ainsi que le démontre le retour à la normale du nombre des globules rouges après exérèse chirurgicale d'une tumeur hypophysaire, comme dans un cas des auteurs où la polyglobulie (6.511.000) disparut après l'ablation d'un adénome hypophysaire pratiquée par Clovis Vincent.

Cette polyglobulie symptomatique des lésions hypophyso-tubériennes mérite de prendre place à côté des autres érythrocytoses. Il est permis de supposer l'existence à la base du cerveau moyen d'un centre régulateur de l'équilibre hématopoïétique.

L. Rivet.

L. Rouquès. ***Myotonie atrophique et insuffisance parathyroïdienne*** (*Annales de Médecine*, tome XXXI, n° 1, Janvier 1932). — Ayant étudié dans le service de Guillain 7 cas de cette affection et rassemblé sur la question une importante documentation bibliographique, R. tente une mise au point du rôle de l'insuffisance para-thyroïdienne dans cette maladie.

Il discute à ce point de vue la valeur et la signification de chacun des symptômes de la maladie: cataracte, troubles des phanères, modifications des os, signes de Chvostek et de Trousseau, syndrome humoral (calcémie, phosphore, sodium, pH sanguin, réserve alcaline), épreuve d'hyperpnée.

Tout concorde, dit-il, pour démontrer que l'insuffisance parathyroïdienne ne s'objective dans la myotonie atrophique de Steinert par aucun signe décisif. Et même s'il y avait dans cette affection une atteinte discrète des parathyroïdes que les synergies bien connues des glandes endocrines empêchent de nier absolument, il resterait à prouver qu'elle tient sous sa dépendance le processus musculaire myotonique et atrophique, hypothèse pour diverses raisons peu vraisemblable.

Le rôle de l'insuffisance parathyroïdienne dans la myotonie atrophique est très discutable, aussi bien au point de vue de la symptomatologie que de la pathogénie, et R. pense que la conception la plus logique est celle de Curschmann, pour qui troubles endocriniens et troubles musculaires ne sont que des phénomènes coordonnés, dont la présence simultanée s'explique par une atteinte des centres trophiques généraux.

Pratiquement, le traitement par l'opothérapie parathyroïdienne est inutile ou dangereux dans la myotonie atrophique: inutile si l'on emploie les extraits ordinaires dont l'action est presque nulle, dangereux si l'on s'adresse à la parathyrine de Collip, délicate à manier chez des malades qui n'ont pas habituellement d'hypocalcémie et risquant de produire des accidents graves d'hypercalcémie.

L. Rivet.

Georges Guillain, Ivan Bertrand et L. Rouquès. ***Les lésions de la myotonie atrophique*** (*Annales de Médecine*, tome XXXI, n° 1, Janvier 1932). — Après avoir relaté par le détail une observation anatomo-clinique personnelle, qui vient s'ajouter aux 8 cas publiés antérieurement, G., B. et R. étudient successivement les diverses lésions anatomiques de la maladie de Steinert: altérations des muscles, altérations des viscères et des glandes endocrines, altérations du système nerveux.

Les lésions musculaires ne diffèrent guère de celles des myopathies banales. Les lésions viscérales et endocriniennes observées paraissent banales et inconstantes. Du côté du système nerveux, on a relevé des lésions du neurone moteur, qui ne sont pas propres à la maladie de Steinert, s'observent aussi dans les myopathies et peuvent être secondaires aux troubles musculaires; elles ne peuvent être considérées ni comme la cause déterminante du tableau clinique (leur inconstance le prouve), ni même probablement comme lui ajoutant des traits particuliers.

Les lésions des formations végétatives (Weil et Kaschner) sont beaucoup plus intéressantes, car elles semblent apporter une base anatomique à la conception de Curschmann, pour qui les troubles musculaires et endocriniens de la maladie de Steinert sont des phénomènes coordonnés dont la présence simultanée doit s'expliquer par l'atteinte des centres trophiques généraux, c'est-à-dire des formations sympathiques intracraniennes. Mais la réalité anatomique de telles lésions est encore à établir de façon indiscutable. L. Rivet.

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

C. Ruppe. ***Infections osseuses aiguës d'origine dentaire*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CV, n°s 13 et 15, 13 et 20 Février 1932). — Dans cette revue générale, R. étudie la question des monoarthrites alvéolo-dentaires aiguës congestives et suppurées. Il montre que partie de la région apicale, l'infection se propage par effraction, rarement par migration microbienne. Suivant le terrain et la virulence microbienne, les tissus traversés participent plus ou moins à l'infection. De toute manière, la disposition anatomique explique qu'il s'agisse avant tout d'accidents osseux et de cellulites, rarement d'infestations lymphatiques, exceptionnellement d'accidents septicémiques et de thrombo-phlébites.

Puis R. continue son étude par les ostéophlegmons avec leurs signes communs et leurs modalités topographiques en rapport avec la dent causale, les ostéomyélites mandibulaires et l'ostéite diffuse des maxillaires supérieurs.

C. Ruppe.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

R. Kaufmann et M. Galea. ***Du tétanos post-opératoire*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXIX, n° 2, Février 1932). — Le tétanos post-opératoire est celui qui se déclare après une opération exécutée suivant toutes les règles de l'asepsie et suivie de cicatrisation sans suppuration. Sa fréquence est impossible à apprécier; des cas authentiques restent ignorés, d'autres sont publiés qui ne répondent pas à la définition qui vient d'être donnée. Le germe provient soit du malade (peau, glandes, tube digestif), soit du matériel chirurgical, avec, comme bouc émissaire, le catgut.

Le tétanos, après les opérations sur le tube digestif infesté, est, fait paradoxal, le plus rare, alors que les germes tétaniques se trouvent chez les personnes examinées dans une proportion qui va de 2 à 25 pour 100 et même 40 pour 100 dans les cas du cancer digestif. Les expériences de K. et G., consistant en opérations sur le tube digestif de cobayes infestés, avant et après l'opération, n'ont donné qu'un résultat positif sur 23 sujets et ils pensent que le milieu intestinal est défavorable, même avec production expérimentale de plaies de la muqueuse.

L'apport des germes par le catgut est toujours incriminé, mais un premier doute vient de ce fait que dans les laboratoires de surveillance jamais la culture d'un fragment de catgut n'a donné de bacilles de Nicolaier. On peut penser que la spore tétanique, cachée dans une des spires de torsion, a échappé au contrôle portant sur un segment non contaminé. L'expérience a montré aux auteurs que l'inoculation de produits de raclure provenant de 1.000 boyaux ne donnait aucun cas de tétanisation. La culpabilité non prouvée du catgut restant dans les esprits, il était intéressant de rechercher comment on pouvait, au moment d'opérer, en obtenir la stérilisation. Des catguts infectés sont stérilisés par une immersion de dix minutes dans la teinture d'iode, à la température de la salle, cette immersion diminuant d'ailleurs la solidité des catguts fins ou mal préparés.

L'apport des germes par les mains du chirurgien, fort agissant autrefois, peut être évité par des soins méticuleux ainsi que les expérimentateurs l'ont démontré sur eux-mêmes, au cours de leurs recherches au laboratoire de l'Ecole d'Alfort. Les gants de caoutchouc assurent la sécurité.

La présence de germes tétaniques sur la peau de certains opérés est la cause la plus fréquente de l'infection tétanique et, sur 15 cas survenus en cinq ans, on a pu établir 11 fois l'origine cutanée de l'infection.

Les conclusions pratiques terminent le mémoire, elles se confondent avec celles de l'aseptisation, en général. Pour ce qui est de la vaccination par l'anatoxine, qui ne peut être faite pour toutes les opérations, elle est surtout recommandée pour les cures radicales d'hémorroïdes. Ses indications se généralisent d'autant plus que la profession de l'opéré l'expose à être porteur de germes, et il est étrange que dans un régiment de cavalerie, les chevaux soient définitivement prémunis contre le tétanos, alors que les cavaliers ne le sont pas.

P. Grisel.

Proust, Maurer et Rolland. ***L'apicolyse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Journal de Chirurgie*, t. XXXIX, n° 2, Février 1932). — L'historique de la chirurgie des lésions tuberculeuses du sommet du poumon commence avec la résection du sommet du poumon lui-même, faite avec succès par Tuffier, en 1891. Il montre qu'ensuite les efforts ont été surtout dirigés vers l'abaissement par une masse de graisse, de paraffine, d'épiploon, de muscle, du cul-de-sac pleural préalablement libéré: c'est le plombage. Depuis 1926, on a recherché l'affaissement du dôme pleural par la seule libération pleurale, obtenue par des résections costales: c'est l'apicolyse qui a été employée soit seule, soit associée à la phrénicectomie.

La résection, l'extirpation nécessaire plus ou moins étendue de la première côte, fut faite d'abord par la voie sus-claviculaire (Jacobovici, Lauwers, Grégoire), puis par la voie postérieure sus-épineuse (Bérard). C'est cette voie postérieure que pratiquent P., M. et R. et c'est la technique qu'ils suivent, leurs résultats satisfaisants déjà obtenus qu'ils apportent.

Ils sont partisans de l'apicolyse simple, sans le plombage, dont ils énumèrent les accidents immédiats et éloignés. Ils veulent que la résection costale soit largement étendue aux 3 ou 4 premières côtes, et ils ont choisi nécessairement la voie d'abord postérieure, sus-épineuse, en opérant en dedans, pour atteindre les apophyses transverses correspondantes, les isoler et les réséquer. Leur ablation permet alors de sectionner les ligaments des articulations costo-vertébrales et de soulever en les détachant les côtes qui sont poursuivies loin en avant. La section de la première côte sous la clavicule est suffisante. L'opération terminée doit avoir amené la disparition du squelette osseux sus-claviculaire, ce que l'on voit parfaitement sur les radiographies.

L'apicolyse suffit aux petites lésions du sommet; mais elles sont rares, et, le plus souvent, elle doit être complétée par une thoracoplastie plus étendue ultérieure. P. Grisel.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS
(Paris)

J. Bonaba et D. F. Sarachaga (Montevideo). ***La pression moyenne chez l'enfant normal et dans quelques états pathologiques*** (*Archives de médecine des enfants*, tome XXXV, n° 1, Janvier 1932). — Les récents travaux du professeur Vaquez et de ses collaborateurs sur la pression moyenne ont mis cette question à l'ordre du jour. B. et S. ont estimé qu'il convenait de l'étudier chez l'enfant. La pression moyenne normale est plus fixe chez l'enfant que les tensions extrêmes: ses variations au cours de la première, de la seconde et de la troisième enfance — soit de 1 à 14 ans — n'atteignent pas un centimètre.

Le chiffre normal de la pression moyenne chez l'enfant est d'environ 7 cm. 1/2 de Hg, ainsi qu'il ressort des courbes sphygmomanométriques que B et S. ont établies sur 443 enfants normaux.

Chez les enfants malades, B. et S. ont constaté que la tension moyenne s'élève dans les néphrites aiguës et qu'elle s'abaisse dans la fièvre typhoïde, mais en conservant en général un parallélisme sensible avec les pressions extrêmes.

Dans quelques cas, malgré les chiffres anormaux des pressions extrêmes, la pression moyenne a gardé sa valeur normale. Cette constatation explique la résistance des enfants à l'égard de certains processus morbides. G. Schreiber.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE
(Paris)

Mme K.-P. Levitsky. ***Contribution à l'étude du diagnostic, de la technique opératoire et de l'évolution des fistules vésico-annexielles*** (*Gynécologie et Obstétrique*, t. XXV, n° 1, Janvier 1932). — Les fistules survenant à la suite des affections purulentes des organes et des tissus du bassin chez la femme ne sont pas une rareté. Elles passent souvent inaperçues; on les diagnostique comme étant des cystites ou des cystopyélites. Ce sont surtout les affections du paramètre, puis celles des trompes qui favorisent leur développement. Celles-ci peuvent être septiques, mais plus habituellement elles sont tuberculeuses ou blennoragiques.

On découvre ces perforations seulement quand on les cherche avec une attention toute particulière.

Les syndromes cliniques du début de la perforation sont, tout d'abord, la dysurie, la chute de la température, la constatation de pus et de sang dans les urines. L'état général s'améliore. Les malades n'accusent plus de douleurs localisées ou, si ces douleurs existent, elles ne sont plus aussi intenses. Si on pratique à ce moment la cystoscopie, on remarque à l'endroit de la perforation des modifications variées de la muqueuse vésicale: généralement, autour de la perforation, la muqueuse paraît plus ou moins hyperémiée; elle présente de l'œdème bulleux; dans certains cas, on trouve des pertes de substance en forme de cratère contenant des bouchons de pus décollés. Le reste de la vessie présente quelques phénomènes inflammatoires ou bien la muqueuse reste normale.

Les orifices dus aux perforations ont tendance à l'obturation temporaire; dans ces cas, l'affection prend le caractère récidivant, ce qui détermine une altération de l'état général.

On pense, en général, à une pyélite ou à une pyélocystite. La première chose qui attire l'attention chez ces malades, c'est l'évolution chronique de l'affection, la présence d'une tumeur dans le petit bassin, la pyurie prolongée ne cédant à aucun traitement conservateur. Les phénomènes dysuriques et les aggravations survenant périodiquement sont à remarquer, ainsi que les élévations thermiques qui les accompagnent.

Nombre d'auteurs proposent l'intervention chirurgicale. D'autres ont observé des résultats favorables en appliquant le traitement conservateur (diathermie). L'intervention sera une intervention par voie abdominale, avec ablation obligatoire de la tumeur purulente et résection de la partie de la paroi vésicale qui entoure la fistule jusqu'à être en tissu sain. On suture la paroi vésicale en deux plans ; puis on pratique une péritonisation qui favorise la cicatrisation rapide. La sonde à demeure est obligatoire dans les suites opératoires.

Henri Vignes.

REVUE DE STOMATOLOGIE
(Paris)

Rousseau-Decelle et **Crocquefer.** ***Tumeur solide d'origine dentaire*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIV, n° 1, Janvier 1932). — R.-D. et C. rapportent l'observation d'un malade présentant des signes inflammatoires légers au niveau de la tubérosité maxillaire gauche, qu'expliquait la présence d'une tumeur incluse dans une cavité osseuse à parois nettes. Cette tumeur s'étendait jusqu'au plafond de l'orbite. Elle était dure, et dans cette masse éburnée figuraient cinq dents surnuméraires, avec pulpe.

C. Ruppe.

Cadenat. ***Les kystes fissuraires du maxillaire supérieur*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIV, n° 2, Février 1932). — A propos du cas d'un enfant présentant une tuméfaction bilatérale soulevant les ailes du nez et lui donnant un facies de Kalmouk, Cadenat attire l'attention sur les kystes fissuraires décrits par Williger. Ces kystes proviennent du développement des débris épithéliaux enfermés dans le maxillaire lors de la soudure des bourgeons frontal et jugal, d'où leur topographie et leur indépendance relative du système dentaire.

C. Ruppe.

Lenormant et **Crocquefer.** ***Gomme syphilitique du maxillaire inférieur et de la face; difficulté de son diagnostic avec l'ostéomyélite mandibulaire*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIV, n° 2, Février 1932). — Cette très intéressante observation montre la difficulté que soulève le diagnostic de la syphilis mandibulaire. Elle se rapporte à un sujet ayant présenté pendant cinq ans des signes de névralgie du trijumeau. Ont apparu ensuite des douleurs violentes dans la région mentonnière. L'avulsion d'une incisive ne fit qu'ouvrir la porte à l'infection secondaire. Dix jours après naissaient 2 collections limitées et séparées l'une de l'autre qui se ramollissaient en 15 jours. 25 jours après, phlegmasie de l'angle mandibulaire; puis, en l'espace d'un mois et demi, constitution de 4 tuméfactions sous-dermiques n'aboutissant à la suppuration qu'au bout de 30 jours et renfermant un pus à aspect gommeux, amicrobien. La radiographie avait montré dans la région mentonnière deux lacunes à l'emporte-pièce.

C. Ruppe.

Aubin et **C. Ruppe.** ***A propos de deux cas de tumeurs mélaniques de la cavité buccale*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIV, n° 2, Février 1932). A. et R. ont pu observer 2 cas de ces rares mais redoutables tumeurs mélaniques. Le premier cas concerne un malade de 50 ans qui fit un mélanome de la conjonctive traité pendant un an par cautérisations diathermiques, subit ensuite une exentération de l'orbite, présenta une forte adénopathie cervicale traitée par radiothérapie. Un an après, métastase au niveau du palais, avec destruction du plancher du sinus et atteinte de la muqueuse antrale. Exérèse, puis métastase hépatique et mort trois mois après.

Le deuxième malade, de 62 ans, fit un mélanome de la cloison qui se propagea à la voûte palatine et la perfora. L'étendue du mélanome et l'importance de la métastase ganglionnaire ne permirent qu'un traitement palliatif. L'évolution mortelle se fit en 2 mois.

A. et R. reprennent la question des tumeurs mélaniques et de la mélanogénèse, grâce aux travaux de Darier, des auteurs étrangers et à l'excellente et récente mise au point de Verne. Du point de vue buccal, ils concluent : les mélanomes de la muqueuse buccale sont des tumeurs rares, survenant en général après la cinquantaine, plus chez des hommes que chez des femmes. Ils siègent de préférence au niveau de la voûte palatine et des gencives. Ils se présentent soit comme des tumeurs primitives, soit comme la métastase d'un mélano-sarcome de la choroïde ou d'un nævo-carcinome, soit exceptionnellement comme une propagation d'un mélanome des fosses nasales. Ils sont à extension rapide, usent l'os sous-jacent et entraînent une infestation ganglionnaire cervicale précoce. Nombreuses et rapides métastases. Intervenir vite par le procédé le plus expéditif, l'électrocoagulation qui détruit en une seule séance est le procédé de choix ; si elle est inapplicable, exérèse en passant en tissu sain. La radiothérapie est à rejeter.

C. Ruppe.

RIVISTA DI CLINICA MEDICA
(Florence)

E. Vivoli. ***La réaction de Kürten (formolo-gélification du sérum sanguin) pour le diagnostic de l'endocardite lente*** (*Rivista di Clinica Medica*, tome XXXII, n° 14, 31 Juillet 1931. — Ayant recherché la formolo-gélification du sérum sanguin chez 164 malades, V. l'a trouvée positive dans les affections suivantes : leucémie myéloïde (1), néphrites (3), cirrhose de Laennec (1), hépatite syphilitique (1), aortite syphilitique (2), tuberculose (7), endocardite rhumatismale (8), endocardite lente (4). Cette réaction n'est donc pas spécifique et ne permet pas, à l'inverse de ce que Kürten et May ont prétendu, de distinguer les endocardites lentes des endocardites rhumatismales, puisqu'elle peut être positive dans les deux cas. Sa présence n'est pas liée seulement à l'augmentation des globulines du sang : elle est, en effet, négative dans la pneumonie ou le cancer où la globulinémie est élevée ; elle paraît dépendre d'une réaction de l'endothélium vasculaire ; en tout cas, elle va de pair avec une accélération de la sédimentation.

L. Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

E. Frola. ***L'autovaccinothérapie dans les syndromes asthmatiques*** (*La Riforma Medica*, tome XLVIII, n° 2, 9 Janvier 1932). — F. a traité un certain nombre de malades atteints d'asthme bronchique ou de bronchite asthmatiforme par des injections d'autovaccin de forte concentration microbienne, préparé à partir de l'expectoration. Les résultats ont été si remarquables dans certains cas que l'on peut parler de guérison clinique, très appréciables dans la majorité des autres et insignifiants dans quelques-uns seulement. Tenant compte qu'il s'agissait de cas rebelles, F. estime que cette méthode peut être recommandée lorsqu'il n'y a pas de tuberculose pulmonaire. Toutefois, les résultats éloignés ne sont indiqués que dans trois cas où il y eut une rechute le quatrième mois.

L'action de la vaccinothérapie est complexe : elle agit par désensibilisation spécifique dans les cas où l'allergène est une protéine bactérienne et par désensibilisation non spécifique dans tous ; elle modifie également le processus bronchique inflammatoire.

L. Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

G. Melli et **F. Cantarutti.** ***Recherches sur l'hémoglobine à l'état physiologique et pathologique*** (*Minerva Medica*, 22e année, tome II, n° 51, 22 Décembre 1931). — Il y a un parallélisme net entre le pouvoir colorant de l'hémoglobine et sa capacité de fixer l'oxygène et les dosages d'hémoglobine faits avec des méthodes utilisant l'une ou l'autre de ces propriétés donnent des chiffres concordants. Au contraire, l'indice ferrique ou rapport des quantités de fer et d'hémoglobine du sang, qui est égal à l'unité chez les sujets normaux, présente des variations à l'état pathologique, s'élevant en particulier dans l'anémie pernicieuse (jusqu'à 1,36) et s'abaissant (jusqu'à 0,76) dans certains état morbides parmi lesquels les leucémies ; les dosages de M. et C. ne sont pas encore assez nombreux pour leur permettre de dire si les variations du rapport au cours de ces maladies sont constantes.

Cette variabilité cadre mal avec la doctrine de l'unité de l'hémoglobine et de la fixité de sa teneur en fer ; on a voulu l'expliquer par la présence dans le sang de fer non hémoglobinique, mais l'élimination de ces diverses fractions de fer ne suffit pas pour rétablir un rapport constant entre l'hémoglobine et le fer ; bien plus, on ne comprend pas avec cette conception comment le rapport peut être inférieur à l'unité. L'hypothèse la plus vraisemblable est celle de l'existence à l'état pathologique de plusieurs hémoglobines que confirment d'ailleurs la variabilité de la résistance hémoglobinique et la possibilité de cristallisations diverses du pigment dans une même espèce ou chez un même individu. Mais la genèse et la signification de ces hémoglobines pathologiques, l'existence à l'état physiologique d'une seule hémoglobine ou d'un mélange en proportions fixes de plusieurs hémoglobines, la production des variations pathologiques soit par une modification du pourcentage normal des hémoglobines, soit par l'apparition d'hémoglobines anormales, sont autant de problèmes qui restent actuellement sans solution certaine.

L. Rouquès.

G. Izar. ***La sulfopyrétothérapie des leucémies*** (*Minerva Medica*, 22e année, tome II, n° 51, 22 Décembre 1931). — La malaria et la récurrentothérapie des leucémies ne permettent pas de prolonger pendant un temps suffisant la période fébrile, en raison de l'anémie rapide qu'elles provoquent. La sulfopyrétothérapie n'a pas cet inconvénient ; I. l'a réalisée avec des injections intramusculaires tous les 2 ou 3 jours de sulfopyrétogène de Schrœder, la dose étant fixée d'après la réaction du sujet, l'élévation thermique devant être comprise entre 2 et 3 degrés. Dans un cas de leucémie myéloïde (120.000 globules blancs, 23 pour 100 d'éléments myéloïdes immatures, rate descendant dans la fosse iliaque), 21 injections amenèrent une transformation de l'état de la malade (6.800 globules blancs, 4 formes anormales pour 100), rate ne débordant plus que de 3 cm.) ; trois mois après l'arrêt du traitement, la formule sanguine était normale et la rate à peine palpable.

Le nombre de ses observations n'est pas encore suffisant pour que I. puisse dire si la sulfopyrétothérapie est efficace dans toutes les variétés de leucémie, ni préciser la durée de l'amélioration.

L. Rouquès.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

Willy Froehlich. ***Embolie artérielle après injection intramusculaire*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 9, 27 Février

1932). — Les embolies artérielles après injection intramusculaire ont été décrites surtout par Nicolau. Les unes sont dues à des produits insolubles et les autres à des produits solubles. Les premières résultent d'un phénomène purement mécanique dans lequel intervient cependant du spasme. Dans le second cas, il s'agit non d'une embolie mais d'une thrombose par artérite chimique.

F. a eu l'occasion d'en observer une survenue chez un sujet traité par des injections d'une substance contenant de la quinine, du camphre et des essences éthérées (transpulmine). La première injection fut bien supportée. Mais la seconde provoqua immédiatement une douleur intolérable; ultérieurement, la région fessière est devenue pâle, puis une semaine plus tard, il s'est produit une nécrose qui donna lieu à une ulcération de 18 par 25 cm.

A l'occasion de cette observation, F. recommande de s'assurer avant de pratiquer l'injection qu'on n'a pas piqué un vaisseau et de faire toutes ces manœuvres sans hâte. L'aiguille doit avoir un calibre assez important pour que le sang puisse s'écouler si un vaisseau a été piqué. En outre, le moindre sympôme suspect doit faire interrompre l'injection. Enfin, on doit éviter de piquer dans du tissu scléreux où les vaisseaux sont fixés.

P.-E. Morhardt.

Ernst Waser. ***Les dangers de la nicotine*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 11, 12 Mars 1932). — W. passe en revue ce que nous savons sur les effets de la nicotine. Il rappelle tout d'abord que le taux de cet alcaloïde varie, suivant les plantes, de quelques dixièmes à 7 ou 8 et parfois 12 pour 100. Ces variations sont dues en partie au climat et à la culture, mais aussi à la race et il semble qu'on soit près d'obtenir des races de tabac à richesse constante en nicotine. Parmi les produits les plus forts, W. cite les cigares de Brissago et de Toscani. Ce dernier contient 4 à 5 pour 100 de nicotine. Certains tabacs qui ne se fument qu'au narghilé sont également très riches en nicotine.

La toxicité de la nicotine est supérieure à celle de la morphine. La dose mortelle varie entre 50 et 60 milligr. chez un sujet neuf, ce qui représente la quantité de nicotine contenue dans 5 cigarettes ou dans un cigare.

Une cigarette de 1 gr. donne naissance à environ deux litres de fumée. La fumée qui arrive dans la bouche (courant principal) présente, quand il s'agit de cigarettes ou de tabac pour la pipe, une réaction acide; quand il s'agit de cigares, au contraire, la réaction est alcaline. Dans ce dernier cas, l'alcaloïde est libre et dans le premier, il est sous forme de sel. Les autres substances toxiques contenues dans la fumée du tabac et notamment l'oxyde de carbone ne jouent pas de rôle important.

La manière de fumer a une grande importance, parce qu'en fumant lentement, on peut arriver à supprimer presque complètement la nicotine de la fumée. L'usage de fume-cigarettes supprime également une partie de la nicotine. En tout cas, il ne passe guère dans la fumée qu'un tiers de la nicotine contenue dans le tabac: une petite partie est détruite et une autre importante se dépose dans le bout du cigare ou de la cigarette. La nicotine contenue dans la fumée se dépose avec une vitesse qui, pour la cigarette, est inversement proportionnelle à la vitesse du courant. Quand la fumée est inhalée, on peut admettre que 7/8 de sa nicotine sont résorbés. Le cigare donne une fumée dont les particules sont, pour une part, plus grossières et, pour une autre part, plus fines que celles de la cigarette. Les particules grossières se déposent presque en totalité dans le bout ou dans la bouche, les autres particules, au contraire, ne se déposent que beaucoup plus difficilement. On s'explique ainsi que la fumée du cigare soit moins inhalée que celle de la cigarette parce qu'elle produit tout son effet déjà dans la bouche.

L'usage modéré de tabac provoquerait une action excitante qui serait suivie d'une narcose centrale légère. Ainsi l'activité serait facilitée au début ; plus tard une légère obnubilation supprimerait les soucis et favoriserait les décisions. En tout cas, il est important de ne pas dépasser la quantité de tabac à laquelle on est habitué et de fumer d'une façon techniquement correcte.

Parmi les organes sur lesquels le tabac possède une action nuisible figurent le cœur et les vaisseaux, les voies aériennes, le nerf optique, etc.

On doit admettre que la tolérance pour la nicotine s'élève à 16 ou 20 milligr. à l'heure, ce qui revient à dire que le fumeur est capable de détruire cette quantité de nicotine qui représente à peu près le 1/3 ou les 2/5 de la dose mortelle. En fumant des cigarettes qui contiennent 0,7 ou 0,6 pour 100 de nicotine, on fait augmenter un peu la pression du sang. Avec du tabac contenant 0,5 pour 100 de nicotine, cet effet cesse. Les cigarettes contenant 0,03 pour 100 de nicotine peuvent être considérées comme fortes par des fumeurs entraînés à des tabacs forts.

Pour arriver à fournir des tabacs dénicotinisés, W. croit que le meilleur procédé consiste à cultiver des races pauvres en nicotine. Jusqu'ici, on est arrivé à produire des tabacs contenant 0,35 pour 100 de nicotine. Mais ces tabacs sont encore trop chers. Un grand nombre de produits prétendûment débarrassés artificiellement de la nicotine en contiennent en réalité 1,2 à 1,5 pour 100 alors qu'il faut arriver à 0,5 pour 100. Pour les cigares, cette dénicotinisation est techniquement difficile, de sorte qu'il faut aller à 0,75 ou 0,8 pour 100. Quant à l'adjonction de substances, notamment de sel de fer au tabac, elle n'aurait aucune influence sur la nicotine. On arriverait à de meilleurs résultats en filtrant la fumée sur de l'ouate imprégnée de charbon en poudre ou d'un gel de silice. Des recherches sur les effets de ces méthodes sont actuellement en cours.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

R. Mayer-List et **L. Kauffmann.** ***Asthme bronchique et diathèse vaso-neurotique; contribution à l'étude de la prédisposition à l'asthme bronchique*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 48, 27 Novembre 1931). — M.-L. et K. déterminent la « diathèse vaso-neurotique » grâce à des signes cliniques (mains froides et humides, livedo, dermographisme) et à l'examen capillaroscopique, pratiqué sur quatre régions différentes: le rebord de l'ongle, la face postérieure du bras, la partie supérieure du thorax, à deux travers de doigts au-dessous de la clavicule, et enfin la muqueuse de la lèvre inférieure.

Sur 50 asthmatiques, les signes de cette diathèse vaso-neurotique ont été retrouvés 13 fois très marqués (26 pour 100), et 30 fois présents (60 pour 100). Ils ne faisaient défaut que dans 7 cas (14 pour 100)). Or, si l'on prend l'ensemble des sujets à Tubingen, où travaillent M.-L. et K., la proportion des cas de diathèse vaso-neurotique ne dépasse pas 70 pour 100.

Dans les 7 observations dans lesquelles la diathèse vaso-neurotique faisait défaut, la composante psychique de l'asthme paraissait très importante, ou bien il y avait des stigmates de névrose végétative: troubles gastro-intestinaux, crises alternées de constipation ou de diarrhée, palpitations cardiaques, migraines, arthralgies, etc.

M.-L. et K. émettent l'hypothèse que, chez les sujets atteints de « diathèse vaso-neurotique », l'asthme se trouve lié à une « urticaire des bronches », alors que, chez les autres malades, qui sont tributaires d'un facteur psychique prédominant, le spasme des bronchioles est l'élément prédominant Ces deux processus peuvent d'ailleurs naturellement s'associer.

J. Mouzon.

D. Tallenberg. ***La formule leucocytaire dans la forme sthénique et dans la forme asthénique du diabète sucré*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 48, 27 Novembre 1931). — Les travaux, qui ont été publiés, jusqu'à présent, sur la formule leucocytaire dans le diabète sucré, sont assez contradictoires: les uns signalent une lymphocytose relative, les autres concluent qu'il n'y a aucune formule leucocytaire propre au diabète sucré.

T. a étudié, à cet égard, 50 diabétiques. Il conclut qu'il faut les répartir en deux classes distinctes: chez 23 d'entre eux, il s'agissait de diabète asthénique, qui évoluait chez des sujets jeunes, avec une certaine rapidité; la tension artérielle était basse: ces malades avaient une formule leucocytaire normale. Les 27 autres étaient des diabétiques sthéniques, plus âgés, plus ou moins hypertendus, atteints d'une forme lente de la maladie: chez eux, la lymphocytose relative était habituelle, voisine de 30 pour 100, atteignant ou parfois même dépassant 40 pour 100. Dans 4 cas seulement, il y avait leucocytose et polynucléose, mais cette exception se justifiait par des complications infectieuses surajoutées.

Le traitement insulinique n'excree aucune influence sur la formule sanguine. L'acido-cétonurie ne paraît pas la modifier non plus par elle-même.

Par contre, le coma ou le précoma déterminent une leucocytose bien caractérisée, avec déviation à gauche de la formule, diminution des lymphocytes, disparition des éosinophiles. Ces différentes particularités s'atténuent, puis disparaissent, au fur et à mesure que les symptômes du précoma s'améliorent, puis guérissent.

J. Mouzon.

R. Salus. ***Le traitement non opératoire du glaucome*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 49, 4 Décembre 1931). — S. distingue quatre méthodes médicales, qui peuvent permettre d'agir sur la pression oculaire, et de traiter le glaucome:

1° Les médications locales, qui sont les plus importantes;

2° Les médications qui agissent sur le système nerveux végétatif;

3° Les médications endocriniennes;

4° Les médications qui tendent à modifier la concentration ionique des humeurs.

Parmi les médications topiques, la première place revient toujours à la pilocarpine, employée en solution à 2 pour 100, ou plus rarement 1 pour 100. S. insiste beaucoup sur la nécessité de vérifier minutieusement, dans chaque cas, l'action de cette solution sur la tension oculaire. Les variations diurnes de cette tension, qui ne dépassent guère 2 mm., 4 mm. de Hg au plus, chez les sujets normaux, peuvent atteindre 20 mm. chez les glaucomateux, les poussées d'hypertension se produisant dans les conditions les plus diverses, mais plus particulièrement vers la fin de la nuit. Le malade sera donc maintenu en observation plusieurs jours, et sa tension oculaire sera mesurée plusieurs fois par jour, tard dans la soirée et de bonne heure le matin, de manière à fixer le laps de temps qu'on peut laisser s'écouler sans danger dans l'intervalle des instillations de pilocarpine. Afin d'exercer, pour la nuit, une action plus durable, il est bon de remplacer les instillations par une pommade à la pilocarpine à 2 pour 100. La pommade ou la solution huileuse sont utiles également lorsque les instillations déterminent de l'eczéma des paupières. Pour éviter les folliculites, le mieux est de changer souvent la solution ou d'en faire reprendre la stérilisation. La pilocarpine a l'avantage de n'exposer à aucune complication générale, et de ne donner lieu que rarement à des poussées hypertensives inverses.

L'ésérine est un myotique plus énergique, et elle agit souvent mieux sur la pression oculaire, en solution à 1 pour 100. Mais elle expose davantage aux douleurs ciliaires, aux vomissements, aux troubles de la vue consécutifs, aux poussées inverses d'hypertension oculaire. Sa meilleure indication

est le traitement du glaucome aigu, pour lequel S. emploie une solution huileuse d'ésérine.

S. discute ensuite les indications de deux médicaments préconisés par Hamburger : l'histamine et l'adrénaline. La première, malgré l'intensité de son action myotique, ne paraît pas recommandable, car elle est irritante, et ses propriétés hypotensives sont infidèles. Quant à l'adrénaline, elle peut rendre de grands services, mais à condition de la réserver aux malades qui ne sont pas menacés de glaucome aigu, et de l'associer à l'ésérine : elle provoque, en effet, une première réaction d'hypertension oculaire, qui peut être dangereuse, et qu'il faut neutraliser.

Le massage oculaire est contre-indiqué dans le glaucome aigu, mais il peut rendre des services dans le traitement post-opératoire du glaucome.

Les traitements par les rayons X ou par le radium doivent être réservés aux malades déjà aveugles, comme antialgiques.

Parmi les médications générales du glaucome, S. met à part l'injection de morphine, qui est extrêmement utile dans le glaucome aigu ; il discute l'action du gynergène et du pacyl (dérivé de la choline, administré par voie buccale).

Certains auteurs ont avancé que le glaucome pouvait être amélioré par des médications endocriniennes : thyroïde (Hertel), pituitrine (Taratin), ovaire (Lagrange et Imre). Mais d'autres expérimentateurs sont arrivés à des conclusions contradictoires.

Au contraire, il est une méthode qui tend à abaisser la tension oculaire par modification de la concentration ionique des humeurs, et qui paraît avoir fait ses preuves : c'est la méthode de Hertel : injection intraveineuse d'une solution saline de 10 à 30 pour 100 : cette méthode est utile dans le glaucome aigu.

Bien entendu, le traitement des affections générales associées (goutte, syphilis, diabète, troubles endocriniens, hypertension artérielle) est nécessaire. Il faut prohiber le café, ainsi que toutes les causes de congestion céphalique (en particulier la position couchée prolongée). Enfin, si les saignées répétées paraissent superflues, une saignée copieuse avant l'opération paraît utile.

Le traitement médical du glaucome ne dispense, bien entendu, du traitement chirurgical que dans une catégorie de cas assez limitée : glaucomes des grands malades, cachectiques, inopérables, et aussi glaucomes reconnus très précocement, grâce à une étude minutieuse de la courbe de la pression oculaire au cours de la journée. S. cite trois observations de malades qu'il a pu traiter par les procédés purement médicaux, et qui sont maintenant guéris, tout traitement étant suspendu respectivement depuis vingt ans et depuis cinq ans.

D. Adlersberg et **O. Porges.** ***La ration de substances grasses et la tolérance des hydrates de carbone*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 49, 4 Décembre 1931). On connaît les travaux antérieurs par lesquels A. et P. ont montré qu'une limitation de la ration hydrocarbonée, avec augmentation des graisses, déterminait un fléchissement de la tolérance des hydrates de carbone, alors que, inversement, la diminution de la ration grasse et un renforcement de la ration hydrocarbonée déterminaient le relèvement de cette tolérance.

Les expériences cliniques rapportées dans cet article sont destinées à vérifier l'action nocive d'une ration grasse excessive sur la tolérance hydrocarbonée des sujets normaux et des diabétiques.

Les premières montrent que chez des diabétiques, à valeur calorique égale, le régime riche en graisse et pauvre en hydrates de carbone oblige à des doses élevées d'insuline, alors que le régime pauvre en graisses et riche en hydrates de carbone permet d'abaisser ces doses.

Les suivantes prouvent que, chez des sujets (11 cas sur 12) dont la courbe de glycémie, après 50 gr. de glucose, est normale, l'ingestion d'une ration grasse importante (200 gr.), associée à des légumes verts, comme seule nourriture, provoque, le lendemain, une élévation et un élargissement de la courbe de glycémie après l'ingestion de 50 gr. de glucose. Une autre expérience, faite après un jour de légumes verts sans graisse, montre que la courbe de glycémie alimentaire est un peu plus haute et plus large qu'après le régime mixte, mais beaucoup moins qu'après le régime riche en graisses (10 expériences). Les effets sont d'ailleurs transitoires.

A. et P. discutent le rôle de la diminution de la ration hydrocarbonée, celui de la sous-alimentation, celui de la suralimentation, et concluent que seule, l'augmentation de la ration de graisse a pu expliquer les faits observés.

Un autre tableau montre qu'un diabétique, dont le régime est régulier et la glycosurie constante, voit augmenter la glycosurie et apparaître l'élimination des corps cétoniques quand on augmente la ration de graisse de 130 à 180 gr., puis à 280 gr. par jour.

A. et P. discutent ensuite la fréquence du diabète dans certains pays, dans certaines classes de la société, et pensent que cette fréquence augmente avec la richesse du régime en substances grasses.

Enfin ils montrent que le régime recommandé par eux ne doit être caractérisé ni par sa richesse en protéiques, ni par sa richesse en hydrates de carbone, la ration de ces groupes de substance étant réglée selon la tolérance, la courbe de poids, les cures d'insuline éventuellement associées, mais uniquement par sa pauvreté en graisses, qui ne doivent pas, en général, dépasser 50 gr. par jour.

J. Mouzon

DER CHIRURG

(Berlin)

F. Stern. ***Les suites éloignées de la commotion et de la contusion cérébrales*** (*Der Chirurg*, t. IV, n° 1, Janvier 1932). — Tous les experts sont aujourd'hui d'accord pour trouver que les réactions psychogènes consécutives à un traumatisme ne méritent aucun dédommagement. Le terme malheureux de névrose traumatique ne devrait plus se trouver dans aucune expertise, ni dans aucun diagnostic médical. Si ces lésions purement fonctionnelles ont enfin cessé de compter, il n'en est pas de même de ces troubles vaso-moteurs, qui au début ne se manifestent pas histologiquement, et qui seulement secondairement amènent de grosses lésions anatomiques. Au début, on est en présence de troubles vaso-moteurs qu'il n'est pas toujours facile de différencier des simples troubles fonctionnels. La gravité de l'accident, l'étude caractérologique de l'accidenté jouent un grand rôle dans la discrimination d'avec les différentes manifestations hystériques. La pratique montre que dans les traumatismes graves, l'hystérie ne commence à jouer un rôle que lorsque la lutte pour la rente a déjà duré longtemps. La nécessité de distinguer ces troubles nerveux organiques des troubles purement fonctionnels a conduit les auteurs à créer un terme pour ces troubles destinés à s'organiser. Quoique encore discutable, le terme d'encéphalopathie traumatique a réuni la plupart des suffrages. Anatomiquement, les lésions intéressent les vaisseaux (vasopathie), la masse cérébrale (encéphalopathie) et les méninges (méningopathie), déterminant les troubles vaso-moteurs susmentionnés devenus durables, et les troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien consécutifs à des hémorragies et à des accolements des méninges. De ces troubles, l'encéphalographie et l'examen de la libre circulation du liquide céphalo-rachidien permettent de se rendre un compte exact dans certains cas. Déjà Quincke avait constaté qu'un traumatisme peut être suivi pendant très longtemps d'hypertension du liquide céphalo-rachidien. Ces études reprises par Claude et Lamache nous ont montré aussi l'existence d'une hyperalbuminose consécutive à la commotion cérébrale. A côté de ces vasopathies et de ces méningopathies, ces troubles nerveux de nature organique peuvent être dus à des déchirures et même à de simples contusions des nerfs craniens et des ganglions. Nous devons ces connaissances à Jacob qui a tout de suite attiré l'attention sur la coexistence des fractures dans ces cas. Les dernières recherches ont montré que ces lésions peuvent aussi apparaître à la suite de traumatismes relativement légers, surtout quand le traumatisme s'est exercé à la base du lobe frontal, d'où l'importance de la constatation des troubles de l'olfaction qui, passagers à la suite d'une commotion récente, peuvent devenir permanents après les contusions du cerveau.

La grande difficulté que l'expert rencontre dans l'établissement du taux d'invalidité est occasionnée par deux facteurs. En premier lieu : l'exagération des symptômes par l'hystérie, qu'il s'agit de reconnaître. Elle est plus prononcée dans les traumatismes fermés de la tête que dans ceux qui sont provoqués par les armes à feu et, comme nous l'avons vu, plus fréquente si l'accidenté a des procès à soutenir pour l'établissement de sa rente. Le deuxième facteur est dominé par le fait que des suites graves peuvent apparaître après des accidents légers. Ces cas ne sont pas fréquents et sont tous liés aux troubles vaso-moteurs déjà mentionnés. Ils ne peuvent être pris en considération que s'ils sont apparus peu de temps après le traumatisme.

Il importe donc que le chirurgien, qui généralement est le premier appelé à soigner ces accidentés, se rende immédiatement compte de la gravité de l'accident. Il prend une grande responsabilité pour la reconnaisance ultérieure des phénomènes tardifs qui, chez les assurés, apparaissent avec une fréquence extraordinaire et qui, chez les non assurés, ne sont pas rares non plus. Le chirurgien, conscient de cette responsabilité, se fera aider par un neurologiste aussitôt que possible, car c'est surtout ce dernier qui pourra plus tard décider si l'altération du caractère et l'habitus de l'accidenté ont une cause émotionnelle ou commotionnelle. Il existe des psychoses liées à la commotion qui, par l'euphorie avec une tendance marquée à la plaisanterie, constituent déjà les symptômes d'une contusion cérébrale. Enfin, il faut savoir que beaucoup de signes tardifs peuvent être évités, quand il s'agit de formes légères de commotion, par un repos prolongé au lit sans crainte de provoquer ainsi de nouveaux symptômes d'hypocondrie ou d'hystérie.

En présence des troubles tardifs, l'expert ne doit formuler le diagnostic d'hystérie qu'à la condition d'avoir des preuves positives de son affirmation, ce qui ne signifie pas que les symptômes doivent être attribués au traumatisme de la tête, car il peut s'agir d'un trouble constitutionnel ou d'une autre maladie compliquant la situation et sans rapport avec le traumatisme, comme par exemple l'artériosclérose ou les sinusites méconnues, l'hyperthyroïdie, la syphilis ou l'alcoolisme.

Dans la vérification de la nature traumatique des symptômes tardifs, il faut se mettre en garde contre la surestimation des épreuves de laboratoire et des tests soi-disant pathognomoniques. Cette remarque s'applique au quatuor symptomatologique fourni par l'hyperexcitabilité vaso-motrice, les troubles de l'appareil vestibulaire, l'hypertension du liquide cérébro-spinal et la diminution du rendement psycho-somatique.

En étudiant les cas que l'auteur a eu à expertiser dont il ne retient que 11 dont l'origine de l'accident remonte jusqu'à la guerre au moins, et qui permettent bien de parler de troubles tardifs, l'auteur arrive aux conclusions suivantes. Après les commotions légères ou de gravité moyenne, on ne constate pas en général de troubles tar-

difs imputables au traumatisme. Il est indiqué dans ces cas d'arriver rapidement à un arrangement et de donner à l'accidenté une suggestion énergique de la guérison complète. Il est bien entendu qu'un tel accidenté a été auparavant examiné par un neurologiste et un otologiste. Même la possibilité excessivement rare de la naissance d'une tumeur cérébrale ou d'une sclérose amyotrophique latérale après traumatisme du crâne peut être exclue si, six mois après l'accident, les symptômes de ces affections n'ont pas apparu. Par contre, après les commotions et les contusions graves du cerveau avec fracture des os du crâne, il est absolument nécessaire d'attendre avant de donner son opinion définitive. Certes, un procédé expéditif s'oppose à l'hystérisation de l'accidenté, mais malheureusement on ne peut pas prévoir le pronostic et il faut attendre parfois des années avant d'estimer avec exactitude l'étendue du mal. Mais il ne faut pas oublier que beaucoup de grands mutilés, sans être débarrassés de troubles subjectifs, sont capables de vaquer à leurs occupations ou d'exercer un métier.

J.-Ch. Bloch.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE
(Leipzig)

Membrez et **Razdoljsky** (Leningrad). ***Sur les dangers de l'administration intra-veineuse et sous-cutanée d'insuline; deux cas avec terminaison mortelle*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, tome LVIII, n° 26, 27 Juin 1931). — On a déjà publié des cas d'accidents graves et même mortels à la suite de l'administration d'insuline (Umber et Rosenbaum : 2 cas ; Strauss et Simon : 2 cas ; Engelberg : 1 cas). M. et R. viennent d'en recueillir deux autres : l'un à la clinique de Hesse, l'autre à celle d'Oppel. Il s'agissait, dans ces deux cas, de malades gravement atteints : l'un de cancer de l'estomac, l'autre de cancer généralisé du péritoine avec occlusion intestinale, chez lesquels l'insuline fut employée pour combattre l'acidose post-opératoire. Les doses d'insuline étaient peu considérables (0.5 ou 1 cmc) et l'on avait injecté en même temps dans la veine 200 cmc de solution glucosée à 20 pour 100.

Les accidents présentés par les malades consistèrent d'abord en frissons, tremblement, agitation, contractions toniques ; puis élévation de la température, sensation de chaleur, sueurs profuses, faiblesse du pouls ; enfin, coma avec troubles de la réflectivité, signes d'excitation méningée (Kernig), rigidité des membres. La mort survint au bout de 9 jours dans un cas, de 15 jours dans l'autre. M. et R. attribuent ces accidents à l'hypoglycémie.

Ils concluent que certains sujets ont une intolérance à l'insuline, qu'il faut donc, surtout chez les tuberculeux et dans les infections, commencer par des doses faibles, pour tâter la sensibilité du malade et éviter les accidents d'anaphylaxie. Ils attachent une grande importance au contrôle de la teneur du sang en sucre au cours du traitement insulinique et, lorsque celle-ci tombe à 60 milligr. par 100 centimètres cubes, ils conseillent d'administrer du glucose. Ch. Lenormant.

Irsigler (Hamm, Westphalie). ***Urémie après transfusion sanguine*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, tome LVIII, n° 27, 4 Juillet 1931). — Les accidents plus ou moins graves consécutifs à la transfusion ne sont pas exceptionnels (15 pour 100 des cas d'après Hempel), et la proportion des morts est de 3 pour 1.000 d'après la statistique de Clairmont et celle de la clinique Mayo. On attribue ces accidents à l'agglutination ou à l'hémolyse, et l'on admet, en général, que ces deux phénomènes dépendent l'un de l'autre, l'hémolyse étant toujours précédée d'agglutination.

L'observation que publie I. vient à l'encontre de cette conception et montre que, même alors qu'il n'y a pas d'agglutination par le mélange des sangs du donneur et du récepteur, on peut voir survenir des accidents mortels d'hémolyse.

Un homme de 37 ans est opéré avec le diagnostic d'ulcus perforé et l'on trouve à l'intervention une hémorragie intra-péritonéale profuse provenant d'une rupture de la rate; splénectomie, en laissant des clamps à demeure sur le pédicule de la rate.

Transfusion sanguine immédiate : un premier donneur est écarté parce que son sang agglutine celui du récepteur ; avec un second donneur, il n'y a pas d'agglutination et l'épreuve d'Œhlecker est favorable. Transfusion de 500 cmc dans la veine cubitale. L'état du transfusé se remonte rapidement.

Le lendemain, en refaisant le pansement, on est frappé par l'odeur ammoniacale des compresses ; le malade n'a uriné que 150 cmc ; l'urine est brun sépia et renferme des hématies plus ou moins altérées et des blocs brunâtres et brillants d'hémoglobine.

Le 2e jour, céphalée et nausées; l'odeur ammoniacale du pansement s'accentue; 150 cmc d'urine sanglante et renfermant des traces d'albumine. Le 3e jour, odeur urémique de l'haleine, vomissements, diarrhée séreuse; 120 cmc d'urine. Le malade entre dans le coma le 4e jour et meurt le matin du 5e, sans avoir présenté de convulsions.

L'autopsie a montré l'existence d'une lithiase pancréatique avec enclavement d'un calcul dans la terminaison du canal de Wirsung, dilatation des canaux pancréatiques, atrophie scléreuse de la glande et thrombose de la veine splénique. Il y avait, en outre, des lésions de gastrite et de colite urémiques. Les deux reins, tuméfiés et de coloration rouge brun, présentaient des lésions microscopiques de dégénérescence parenchymateuse avec tuméfaction des épithéliums et blocage des tubes contournés, des tubes droits et des anses de Henle par des amas de globules rouges et de cristaux d'hémoglobine.

Pareils accidents de néphrose hémoglobinurique ont été déjà signalés après la transfusion. Il semble qu'ils puissent être parfois enrayés par la décapsulation du rein : au 9e jour d'une anurie survenue après une transfusion de 400 cmc, Bancroft a guéri son malade par une double décapsulation ; dans des circonstances analogues, après une transfusion de 250 cmc, au 3e jour de l'anurie, Béraud a fait la décapsulation du rein droit; il y eut une diurèse abondante, mais la malade succomba le lendemain.

Ch. Lenormant.

ARCHIV für GYNAKOLOGIE
(Berlin)

Hans Otto Neumann. ***Valeur de la réaction d'Aschheim-Zondek pour le diagnostic et le pronostic de la môle hydatiforme et du chorio-épithéliome*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLVII, fasc. 2, 24 Novembre 1931). — On sait que, dans les cas de môle hydatiforme et de chorioépithéliome, la réaction d'Aschheim-Zondek est fortement positive, traduisant l'existence dans l'urine de grosses quantités d'hormone préhypophysaire. Cette constatation a un réel intérêt pratique. Après l'expulsion d'une môle ou après l'extipation d'un chorio-épithéliome, la réaction d'Aschheim-Zondek doit progressivement devenir négative. Si elle persiste, pendant un temps anormalement prolongé, à être positive, on doit penser soit à une nouvelle gestation, soit à une récidive, soit à une métastase chorioépithéliale. De même, si, après avoir été négative, la réaction redevient, à nouveau, positive on doit envisager les mêmes possibilités. Quelques observations du service de Kehrer (dont une avec radiographie d'une métastase pulmonaire) soulignent l'intérêt de ces faits. Henri Vignes.

E. Zarate. ***La technique de la symphyséotomie partielle à la Zarate*** [*Ses indications et sa valeur thérapeutique dans les accouchements pathologiques d'après 100 observations*] (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLVII, fasc. 3, 22 Décembre 1931). — La symphyséotomie partielle donne le « coup de pouce » pour permettre d'obtenir un accouchement par les voies naturelles dans certains cas de bassin limite. De toutes les interventions obstétricales, elle est la plus simple et la moins dangereuse; cependant ses indications relatives et ses indications absolues nécessitent la compétence d'un spécialiste, tant pour l'indication opératoire que pour son exécution. Exceptionnellement, il faut en compléter l'effet par une application de forceps ou par une version podalique. Chez les primipares et, exceptionnellement, les multipares, il y a lieu à épisiotomie. Certaines précautions sont indispensables : la tête descendant, souvent, en oblique, il ne faut employer l'extrait hypophysaire qu'avec une prudence très grande, car on risquerait une déchirure de la paroi vaginale antérieure. Les quelques séquelles signalées sont imputables au lever trop précoce (toute symphyséotomie nécessite un séjour au lit de trois semaines pour obtenir une consolidation suffisante). La symphyséotomie partielle est contre-indiquée : 1° dans les cas où le promonto-pubien est inférieur à 8 cm. ; 2° dans les cas de contracture utérine; 3° dans les cas de rigidité cervicale ou de vagin insuffisamment élastique. Zarate apporte à l'appui de ses dires une série de 100 cas (68 multipares, 32 primipares). Cinq enfants sont morts. La mortalité maternelle est nulle. La morbidité puerpérale comporte 24 cas avec légère élévation de température et trois cas de phlébite.

Henri Vignes.

THERAPIE DER GEGENWART
(Berlin)

P. Lazarus. ***La maladie de Basedow et son traitement par le radium, y compris la splénothérapie*** (*Therapie der Gegenwart*, tome LXXII, n° 9, Septembre 1931 et n° 10, Octobre 1931). — Après avoir rapporté et discuté les plus récentes statistiques de langue allemande sur la mortalité et sur les résultats du traitement chirurgical et du traitement radiothérapique de la maladie de Basedow et des syndromes hyperthyroïdiens, L. insiste sur la nécessité de tenir compte, dans la cure de ces affections, du rôle joué par les autres glandes endocrines. C'est ainsi qu'il faut toujours, avec Hildebrand, soit avant l'opération, soit avec la rœntgenthérapie du corps thyroïde, pratiquer l'irradiation du thymus. L. estime que le syndrome basedowien s'accompagne souvent aussi des signes du « *Status lymphaticus* » (lymphocytose, tuméfaction des amygdales, des ganglions hilaires, de la rate), et il recommande l'irradiation radiothérapique de la rate. Si les maladies de Basedow purement thyréogènes ou thyro-thymogènes guérissent bien par la strumectomie, il est des formes plus particulièrement thymogènes ou ovariogènes de la maladie qui récidivent plus volontiers après l'intervention.

L. réserve le traitement chirurgical aux cas qui en imposent l'indication formelle : formes compliquées de compression de la trachée et où la rœntgenthérapie serait dangereuse, formes non influencées (en particulier les goitres kystiques ou fibreux basedowifiés) par une première cure de 6 mois de radiothérapie, de repos et de thérapeutique médicale.

La curiethérapie a l'avantage d'être applicable aux formes les plus aiguës de l'affection, à celles dans lesquelles les signes d'insuffisance cardiaque, les crises gastro-intestinales, la grande agitation font redouter tout déplacement, toute intervention susceptible d'éprouver le malade physiquement ou psychiquement. Dans les cas les plus graves (aug-

mentation du métabolisme de plus de 70 pour 100, signes d'hyposystolie), il faut d'abord traiter les malades par le repos, les calmants à haute dose, la glace sur le cœur et sur le goitre, le régime déchloruré, les tonicardiaques à doses modérées.

Puis on entreprend la curiethérapie, à doses très prudentes, en commençant par tâter la sensibilité du malade sur la rate ou sur le thymus, puis en traitant la glande thyroïde elle-même selon une méthode spéciale, dont L. détaille toute la technique. Les doses initiales doivent être faibles, ce qui permet d'éviter à coup sûr le mal des rayons aussi bien que les poussées d'hyperthyroïdie. Quelquefois, pour agir plus doucement, L. remplace même le radium par du mésothorium.

L'irradiation de la rate, chez les basedowiens « lymphatiques », exercerait une influence tonique sur l'état général, sur l'appétit, sur le psychisme, améliorerait le sommeil, diminuerait l'excitabilité, et quelquefois même le métabolisme basal, et ferait remonter le poids. Au début, L. employait l'irradiation splénique en association avec l'irradiation thyroïdienne. Depuis 3 ans, il lui arrive aussi de l'utiliser isolément, et d'en obtenir d'excellents résultats, tant dans les syndromes basedowiens avérés et évolués que dans les simples états neurotoniques ou hyperthyroïdiens simples avec lymphocytose. Jamais cette thérapeutique n'a déterminé d'accidents.

Sous l'influence de la curiethérapie, on voit d'abord régresser les symptômes subjectifs: instabilité psychique, insomnie, tremblement, anorexie, tachyphagie, troubles digestifs. Lorsque le poids se relève et que le métabolisme s'abaisse, il faut suspendre les irradiations, car l'effet de celles-ci va s'affirmer pendant les 2 ou 3 mois qui vont suivre et, en continuant le traitement, on risquerait d'obtenir l'hypothyroïdie, ou même le myxœdème. Grâce à une technique prudente, à petites doses répétées, on est, d'ailleurs, sûr d'éviter ces accidents; on évite également les adhérences, que redoutent les chirurgiens chez les basedowiens irradiés. Au besoin, on reprend une nouvelle série, après 2 ou 3 mois, lorsque le résultat de la première série sera jugé. C'est l'exophtalmie qui s'améliore le plus tardivement; elle peut diminuer, mais il est rare qu'elle disparaisse complètement. Dans les cas les plus favorables, tous les troubles disparaissent, sauf un certain degré de goitre, d'exophtalmie et d'instabilité thyroïdienne.

La curiethérapie est associée à un traitement général à la fois tonique et sédatif, et aussi à la psychothérapie. Elle ne doit jamais être employée à doses destructives, et elle doit être maniée avec une prudence toute particulière chez les basedowiens un peu obèses et chez ceux qui présentent quelques signes de la série myxœdémateuse.

J. Mouzon.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Vos. *La monocytose dans la tuberculose pulmonaire* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXI, n° 5, 1931). — Les examens systématiques et répétés de la formule blanche, pratiqués chez un millier de malades atteints de tuberculose pulmonaire, ont permis à V. de noter quels renseignements l'on peut attendre de ces examens, concernant l'évolution de la maladie.

Le nombre total des leucocytes est le plus souvent normal; la leucopénie, rare, est de mauvais pronostic. Dans les formes évolutives, on trouve également de la neutrophilie, de la lymphopénie, et une déviation à gauche de la formule d'Arneth; par contre, dans les formes évoluant vers la guérison, on observe une lymphocytose sans forte déviation à gauche.

Alors que les différents auteurs sont d'accord pour distinguer au cours de la tuberculose pulmonaire une première phase, phase de combat (Kampfphase) avec neurophilie sanguine, d'une deuxième phase, phase de guérison (Heilphase), avec lymphocytose sanguine, les opinions sur la fréquence, la date d'apparition et la signification de la monocytose sont extrêmement divergentes.

D'après les statistiques de V., la monocytose se rencontrerait dans 51 pour 100 des cas de tuberculose pulmonaire non compliquée. Si on divise ces mêmes cas en formes sévères, et formes légères, on note la monocytose dans 64 pour 100 des cas graves, et 30 pour 100 des cas bénins. Elle peut se retrouver d'ailleurs à des phases très différentes de la maladie: tantôt elle fait complètement défaut, tantôt elle apparaît seulement avec la lymphocytose (Heilphase), exceptionnellement (2 cas), elle apparaît entre la phase de neutrophilie et la phase lymphocytaire, prenant alors, pour Schilling, comme dans les infections aiguës, la signification d'une réaction de défense, victorieuse ou non (Abwehr, oder Uberwindungsphase). Pour V., si, dans le premier cas, elle est bien, avec la lymphocytose, le témoin de la guérison, dans d'autres cas, au contraire, elle coïncide avec une aggravation. Il se demande, à l'encontre de Schilling, si la monocytose n'a pas ici un sens tout différent de celui qu'elle a dans les affections aiguës auxquelles la tuberculose ne peut être comparée, et n'est pas, au contraire, déterminée par l'évolution du processus tuberculeux spécifique.

Les travaux des auteurs américains tendent, en effet, à prouver que la cellule épithélioïde n'est qu'un monocyte modifié dans lequel sont inclus des bacilles de Koch ayant conservé toute leur virulence. Medlar, qui a étudié expérimentalement sur l'animal l'évolution du follicule tuberculeux, la divise en 3 périodes : 1° l'édification du tubercule, due aux monocytes (qui se transforment en cellules épithélioïdes); 2° la caséification, due à l'afflux des neutrophiles qui relèguent les monocytes au deuxième plan; 3° la guérison due derechef aux monocytes (ceux-ci, dans les territoires de caséification circonscrite, pouvant se conglomérer pour constituer les cellules géantes), et aux lymphocytes. Les monocytes peuvent donc jouer deux rôles fondamentalement opposés: édification du tubercule; guérison de territoires caséifiés. Hématologiquement on peut synthétiser ainsi ces rôles: monocytose + neutrophilie = progression; monocytose + lymphocytose = guérison.

Les résultats des recherches cliniques de V. sont d'accord avec les conclusions de Medlar, et, sans donner une trop grande importance à l'étude de la monocytose, il considère que, bien interprétée, elle est susceptible de donner des indications pronostiques de sens très différent suivant les cas.

G. Basch.

Lœwy et Grüninger. *Effets de l'administration prolongée de vigantol et de calcium à des animaux sains et à des animaux tuberculeux* (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXI, n° 5, 1931). — L. et G. ont choisi, comme animaux d'expériences, des cobayes, les uns sains, les autres tuberculisés à l'aide de bacilles de souche humaine; ils ont observé les effets produits, chez ces animaux, par l'administration de vigantol, à doses modérées, et de gluconate de calcium à doses anormalement élevées, ces produits étant donnés isolément ou associés.

Alors que le vigantol, administré isolément, entraîne une augmentation de poids chez l'animal sain, l'adjonction de calcium au vigantol détermine une chute de poids. Chez les animaux tuberculeux, le vigantol arrête la chute de poids provoquée par la maladie; l'administration simultanée de calcium accélère au contraire cette chute. L'action défavorable du calcium est sans doute la conséquence des doses massives utilisées.

Chez les cobayes tuberculeux, le foie, la rate, les reins, les poumons augmentent considérablement de poids; cette augmentation est encore renforcée par l'action du vigantol.

Chez l'animal sain au contraire, ni le vigantol, ni le calcium n'entraînent de modifications pondérales de ces organes: le rapport de leur poids au poids total du corps reste inchangé.

En ce qui concerne le contenu des organes en calcium et en potassium, il y a également une différence chez les animaux sains et chez les animaux tuberculeux: chez les premiers, le vigantol seul augmente le contenu en Ca et en K des poumons et du foie; le gluconate de Ca, seul, ou associé au vigantol, n'amène pas de modification du taux du calcium. Chez les animaux tuberculeux, la maladie entraîne à elle seule une élévation du taux de calcium dans le foie, le poumon et la rate, cette augmentation étant encore renforcée par l'administration de vigantol, ou de vigantol associé à du gluconate de calcium.

G. Basch.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

H. W. Heterington, F. M. Macphedran et R. M. Landis. *La tuberculose chez les étudiants en médecine et chez les autres étudiants* (*Archives of internal Medicine*, tome XLVIII, n° 5, Novembre 1931). — Frappés des nombreux cas de tuberculose observés chez les étudiants en médecine de l'Université de Pennsylvanie, H., M. et L., ont cherché à établir la fréquence de cette infection parmi les jeunes gens suivant les cours préparatoires à la médecine, parmi les étudiants en médecine et parmi des étudiants des grandes écoles d'âge correspondant.

Ils ont vu que chez les étudiants, l'infection tuberculeuse révélée par l'intradermo-réaction augmente avec l'âge. La réaction était positive chez 98 pour 100 des élèves des grandes écoles, la plupart âgés de 16 à 18 ans, chez 86 pour 100 des élèves se préparant à la médecine, la plupart étant âgés de 16 à 21 ans, et chez 93 pour 100 des étudiants en médecine, âgés en majorité de 21 à 26 ans.

La fréquence des nodules calcifiés dans les poumons et les ganglions était à peu près la même chez les trois catégories de jeunes gens.

L'infiltration tuberculeuse du sommet se rencontre un peu plus souvent chez les jeunes gens se préparant à la médecine que chez les élèves des grandes écoles. On ne constate pas d'augmentation notable chez les étudiants en médecine de première année (4 pour 100), mais, à mesure que s'avance la scolarité de ces derniers, les cas vont en s'accroissant rapidement: 11 pour 100 en deuxième année, 14 pour 100 en troisième année, 20 pour 100 en quatrième année. De plus, la fréquence des lésions avancées augmente parallèlement, 13 étudiants de quatrième année sur un total de 452 ayant des lésions s'étendant du sommet jusqu'au-dessous de la clavicule.

Une infiltration tuberculeuse accompagnée de signes physiques, c'est-à-dire une tuberculose pulmonaire manifeste, se rencontra une fois chez un des 279 élèves examinés, se préparant à la médecine, une fois durant les deux premières années de médecine, 4 fois durant la troisième année et 9 fois pendant la quatrième année.

La grande fréquence des lésions du sommet chez les étudiants en médecine, qui augmente rapidement de 21 à 26 ans, indique qu'ils sont particulièrement sujets à être atteints de tuberculose avancée.

P.-L. Marie.

J. Felsen. *Oxygénation intestinale dans la colite ulcéreuse essentielle* (*Archives of internal Medicine*, tome XLVIII, n° 5, Novembre 1931). — Depuis trois ans F., sur 117 cas de colite ulcéreuse qu'il a soignés, en a traité 40 par les lavements d'oxygène avec des résultats très encourageants puisque tous ces malades, sauf un, ont fini par guérir et que la guérison ne s'est pas démentie par la suite. En outre, dans 10 autres cas il a associé

l'auto-vaccinothérapie à l'oxygénation avec un succès complet.

F. fait passer 250 cmc d'oxygène toutes les deux heures dans le rectum pendant la journée, dose qui est bien tolérée. Au bout de deux à sept jours l'odeur sanieuse des selles disparaît, les hémorragies cessent, le nombre des selles diminue légèrement, l'état général s'améliore. Après quelques semaines les matières deviennent plus consistantes et l'on ramène alors l'oxygénation à une durée de quatre heures par jour. On la cesse quand la rectoscopie ne montre plus trace d'ulcérations.

L'oxygénation semble agir en modifiant la flore intestinale (élimination des anaérobies sporulés, développement en surface des bactéries facilitant leur migration vers la lumière intestinale et la production de pus) et en influençant l'intestin lui-même (diminution du péristaltisme, augmentation de ses forces de défense). On trouve d'ordinaire chez les malades un accroissement de l'hémoglobine et du chiffre des globules rouges. P.-L. Marie.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

Paul Yakovler et Riley Guthrie. ***Ectodermoses congénitales chez des sujets épileptiques*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXVI, n° 6, Décembre 1931). — Trois types de syndromes neuroeutanés congénitaux attirent spécialement l'attention en raison de leur fréquence relative chez des épileptiques, et aussi du tableau clinique caractéristique qu'ils présentent: la neurofibromatose de Recklinghausen, la sclérose tubéreuse de Bourneville, l'angiomatose cérébrale avec nævi cutanés dans la sphère trigéminale. Y. et G. en rapportent 14 cas personnels, et font en même temps une revue générale fort intéressante de la question.

Une anomalie du développement de l'ectoderme est l'origine de ces 3 syndromes. La disposition métamérique des lésions cutanées et nerveuses en est la preuve. Dans certains cas toutefois, la disposition des nævi vasculaires, correspondant plutôt à un territoire sympathique, fait naître l'idée qu'un trouble de l'innervation vaso-motrice peut présider à leur genèse. La prédilection des lésions au niveau des régions céphalique et caudale établit, en outre, un lien entre ces dernières et la plicature et la différenciation du tube neural primitif.

Les lésions peuvent porter exclusivement sur le tissu neuro-ectodermique comme dans la maladie de Recklinghausen et la sclérose tubéreuse, ou intéresser également le tissu mésodermique, en fait les vaisseaux, comme dans l'angiomatose cérébrale.

Cliniquement ces 3 syndromes peuvent s'associer, telles les manifestations cutanées de la neurofibromatose avec celles de la sclérose tubéreuse et de l'angiomatose. Il en est de même anatomiquement pour les lésions cérébrales. Histologiquement la distinction entre la spongioblastose, la neurospongioblastose et l'angiomatose peut d'ailleurs être assez malaisée. Y. et G. pensent que les deux premières affections, neurofibromatose et sclérose tubéreuse, sont la conséquence d'une malformation plus précoce au cours de l'embryogenèse que l'hémangiomatose. C'est sans doute la première distinction qui sépare ces trois ectodermoses congénitales. Ainsi donc l'ectoderme, le tissu le plus hautement différencié, par le fait d'une malformation congénitale et de son développement défectueux, peut réaliser le déficit intellectuel et l'épilepsie, associés aux trois syndromes neurocutanés signalés ci-dessus.

H. Schaeffer.

Charles Davison. ***Dégénération combinée subaiguë de la moelle; modifications consécutives à l'hépatothérapie; étude histopathologique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXVI, n° 6, Décembre 1931). — Les heureux effets de l'hépatothérapie dans l'anémie pernicieuse sont actuellement connus de tous. Son action sur les dégénérescences combinées subaiguës de la moelle est plus douteuse. Minot et Murphy d'après 31 cas de syndrome neuro-anémiques traités par le foie de veau, signalent l'amélioration de symptômes tels que la faiblesse, l'engourdissement, la pallesthésie, l'incoordination, bien qu'il n'y eût pas de modifications des réflexes. Des faits analogues ont été signalés par Ungley et Suzman, par Needles.

D. a observé cliniquement et fait l'examen anatomique de 17 cas de syndromes neuro-anémiques dont 7 traités par l'hépatothérapie. Deux cas seulement présentèrent une amélioration clinique transitoire.

De l'examen histologique des cas traités et non traités, D. déduit que l'hépatothérapie n'a aucune action sur l'état des gaines de myéline ou des cylindraxes. Peut-elle prévenir ces lésions nerveuses dégénératives, c'est un point sur lequel nous ne sommes nullement fixés. Mais elle détermine au niveau des cordons dégénérés une hyperplasie névroglique accentuée et indiscutable, que l'on n'observe pas dans les cas non traités.

H. Schaeffer.

Leshin et Stone. ***Mouvements rythmiques continus du voile du palais, du pharynx et du larynx*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXVI, n° 6, Décembre 1931). — Les mouvements continus, synchrones et rythmiques, comme des clonies du voile du palais, du pharynx et du larynx, sont bien connus. Ils peuvent être localisés au voile du palais, c'est le cas le plus fréquent, ou intéresser à la fois les muscles du voile, du pharynx et du larynx, fait plus rare. Suivant les cas, ils peuvent être unilatéraux ou bilatéraux.

L. et S. rapportent l'observation détaillée d'un homme de 42 ans atteint de sclérose en plaques, caractérisée par une hémiparésie gauche intéressant aussi la face et la langue, avec hypertonie et mouvements hyperkinétiques du membre supérieur gauche, avec ataxie gauche modérée, vivacité de tous les réflexes tendineux surtout à gauche et Babinski gauche. Il existait un nystagmus bilatéral. A noter un petit tremblement des muscles de la commissure des lèvres et du menton rythmique et synchrone avec les mouvements que nous allons décrire.

Il existait des mouvements rythmiques de la paroi postérieure du pharynx vers la gauche comprenant 2 composantes, une plus vive qui entraînait le pharynx vers la gauche, une plus lente le ramenant vers la ligne médiane. Le rythme de ces mouvements était de 132 par minute. Les muscles de la paroi postérieure du nasopharynx et de l'hypopharynx étaient également intéressés. Le pilier postérieur gauche du voile était animé de mouvements synchrones aux précédents qui l'attiraient en dedans et en bas, pendant que le pharynx était entraîné vers la gauche. Les deux mouvements semblaient donc se faire en direction opposée. Les deux cordes vocales et les aryténoïdes étaient animés de mouvements identiques, les deux cordes se rapprochant pour retourner à leur position première. Ce dernier mouvement était plus accentué pour la corde vocale droite. La respiration ne troublait pas ces mouvements, mais ils s'interrompaient pendant la phonation.

Le malade n'avait pas conscience de ces mouvements. Ils persistaient sans modification pendant le sommeil ou l'anesthésie générale. L'examen montra également la présence de petits mouvements rythmiques de la lèvre externe de la trompe d'Eustache. L'œsophage était indemne.

Winkelman. ***Dégénérescence pallidale progressive; nouveau syndrome clinico-pathologique*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXVII, n° 1, Janvier 1932). — W. rapporte l'histoire de deux frères présentant un syndrome constitué par une rétinite pigmentaire, témoin du caractère familial de la maladie, et une rigidité progressive extra-pyramidale, sans tremblement ni signes pyramidaux d'aucune sorte.

L'examen anatomique du frère aîné, le cadet est toujours vivant, montra tout d'abord l'intégrité des viscères et en particulier du foie, et des lésions de l'encéphale intéressant le globus pallidus et la portion réticulaire de la substance noire de Sommering. Dans ces 2 formations, il existait des lésions régressives des éléments cellulaires remplacés par des lipoïdes ou des pigments ferriques. Les lésions étaient surtout marquées dans le segment interne du pallidum, la partie externe étant mieux conservée. Le striatum était intact.

W. isole un syndrome anatomo-clinique particulier, la rigidité pallidale progressive, débutant habituellement par les membres inférieurs, lié à une lésion du pallidum et de la portion réticulaire de la substance noire, systèmes anatomo-physiologiques phylogénétiquement et ontogénétiquement similaires.

W. opose ce syndrome à celui qui relève d'une lésion du striatum, essentiellement caractérisé par des mouvements anormaux, tremblement, choréo-athétose.

W. étudie les rapports existant entre la dégénérescence pallidale progressive et d'autres syndromes voisins tels que la chorée chronique, la dégénérescence hépato-lenticulaire, les faits rapportés par Hallervorden et Spatz, et par Kalinowsky.

Wilder Penfield. ***Les nerfs vasculaires intracérébraux*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXVII, n° 1, Janvier 1932). — L'existence de nerfs accompagnant les vaisseaux qui irriguent le névraxe a été l'objet de discussions récentes et de conclusions opposées. Question très importante pourtant pour la physiologie de l'irrigation des centres nerveux.

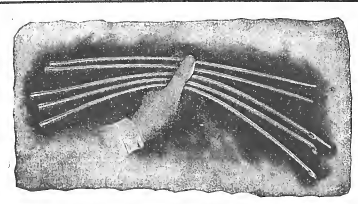
P. a repris cette étude et admet que dans toutes les portions du névraxe, les artérioles, et sans doute aussi les veinules, sont accompagnées de terminaisons nerveuses tantôt fines, tantôt plus volumineuses. Elles siègent sous l'adventice et vraisemblablement dans la média, de diamètre beaucoup moindre que les fibres nerveuses qui accompagnent les vaisseaux méningés. Ces fibres n'ont pas de gaine de myéline, et sont seulement entourées d'une gaine de Schwann nucléée. L'expérience de P. montre que ces fibres nerveuses n'ont pas leur origine dans les ganglions sympathiques. Les capillaires seuls ne possèdent pas de terminaisons nerveuses. Ainsi donc cette étude purement histologique permet de penser que les réflexes vaso-moteurs cérébraux sont possibles. H. Schaeffer.

Houston Merritt. ***Les convulsions épileptiques dans la démence paralytique; leur rapport avec la sclérose de la corne d'Ammon*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXVII, n° 1, Janvier 1932). — Un intérêt réel a récemment attiré l'attention sur le rôle des spasmes vasculaires dans la genèse des lésions de l'encéphale, et aussi des manifestations convulsives pendant la vie. La fréquence de ces dernières dans la paralysie générale a incité M. à étudier les lésions de la corne d'Ammon chez ces sujets, lésions qui avaient été signalées pour la première fois en 1825 par Bouchet et Cazauvieilh, et signalées par beaucoup d'autres auteurs depuis cette époque.

M. a étudié 30 cerveaux de paralysie générale où il a retrouvé de la sclérose de la corne d'Ammon, dont 90 pour 100 avaient présenté des manifestations convulsives. Il n'existait pas d'oblitérations vasculaires dans les cas examinés, pas plus que de rapports apparents entre la sclérose et les réactions inflammatoires périvasculaires. On est donc amené à admettre un spasme vasculaire pour expliquer la sclérose de la corne d'Ammon et d'autre part un rapport entre ce spasme vasculaire et les manifestations convulsives. Sans doute ce rapport est encore mal connu et, comme l'a dit Spielmeyer, ne constitue qu'un anneau d'une chaîne dans la genèse des crises convulsives. Mais actuellement l'ischémie est le seul anneau histologiquement décelable. H. Schaeffer.


HYPERTENSION
MENOPAUSE
Troubles oculaires
et auditifs
DETENSYL
HYPOTENSEUR VÉGÉTO-POLYHORMONIQUE
Abaissement
rapide et durable
de la tension artérielle
Échantillons et littérature au laboratoire
du Detensyl - 8, Av. Walkanaër - Nice
Agents sont demandés pour les pays étrangers
INFECTIONS INTESTINALES
Colibacilloses diverses
Syndrome entéro-rénal
ENTEROFAGOS
BACTÉRIOPHAGES INTESTINAUX-POLYVALENTS
Remplace
avantageusement
la thérapie par
les ferments lactiques
Échantillons et littérature au laboratoire
de Biologie Médicale - 7 Av. des Sources - Nice


SANOGYL
MARQUE DE LA BIOTHÉRAPIE
PRÉVIENT ET GUÉRIT
GINGIVITES - STOMATITES
GANGRÈNE BUCCALE
PYORRHÉE ALVÉOLAIRE
Littérature
et Echantillons sur demande
H. VILLETTE
Pharmacien
131, r. Cambronne, PARIS-15°
Tél. : Vaugirard 11-23
SANOGYL



REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX
(Paris)

D. Roûtier, Th. Laennec et R. Heim de Balsac. ***Les dangers de l'avortement thérapeutique chez les cardiaques*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CIV, nº 104, 30 Décembre 1931). — La grossesse chez une cardiaque, plus particulièrement chez une mitrale, entraîne parfois des phénomènes de décompensation cardiaque tels que l'avortement thérapeutique devient nécessaire.

Pour fixer les indications thérapeutiques de cette intervention, l'aspect radiologique de stase veineuse pulmonaire n'est pas suffisant. La stase veineuse existe en dehors de la grossesse et est parfois suffisamment bien tolérée. Lorsqu'elle s'accompagne de dilatation des oreillettes, elle réalise les conditions favorables à la production de coagulation intra-auriculaire et doit inciter à la réserve en matière d'intervention et, si celle-ci est inévitable, en matière d'anesthésie respiratoire.

Chez une femme de 23 ans, un avortement thérapeutique, nécessité par des troubles circulatoires importants, déclencha, sous l'influence de l'inhalation chloroformique, une crise œdémateuse grave, puis 2 embolies, une splénique et une cérébrale mortelle. On est en droit de se demander si l'intervention n'a pas précipité ou ravivé une thrombose cardiaque déjà amorcée par les conditions circulatoires défectueuses.

Il est possible que les interventions obstétricales favorisent les migrations de caillots et l'on doit temporiser si l'on a de bonnes raisons de soupçonner une thrombose cardiaque préalable.

Pendant les dix dernières années, à la clinique Baudelocque, on relève 172 grossesses chez des mitrales. 51 cas ont eu une évolution sévère; dans 10, l'interruption de la grossesse dut être pratiquée. De ces 10 malades, 7 furent améliorées, une resta en insuffisance cardiaque, 2 moururent, l'une de congestion œdémateuse pulmonaire, l'autre d'hémiplégie par embolie. Chez les 41 grossesses non interrompues, il y eut 4 morts: l'une le troisième mois d'insuffisance cardiaque, les 3 autres au cours de l'accouchement à terme: les 3 enfants sont nés vivants. Le déchet paraît plus grand dans les grossesses interrompues que dans celles que l'on laisse évoluer jusqu'au terme.

Robert Clément.

REVUE DE MÉDECINE
(Paris)

P. Lépine. ***Forme visible et forme invisible du virus syphilitique*** (*Revue de Médecine*, tome XLVIII, nº 10, Décembre 1931). — L'étude de la syphilis expérimentale du lapin a permis à de nombreux chercheurs (Truffi, Brown et Pearce) de constater la virulence presque constante des ganglions lymphatiques du lapin syphilisé en l'absence de spirochètes dans ces ganglions, malgré les recherches les plus minutieuses. Inoculés à d'autres lapins, ces ganglions, après une incubation normale qui peut s'abaisser à douze jours, s'emplissent de spirochètes et donnent un chancre.

Chez l'homme, si, dans un certain nombre de cas, on peut mettre en évidence des tréponèmes dans les ganglions lymphatiques à la période primaire ou secondaire, la recherche attentive n'arrive le plus souvent à déceler que des formes granulaires intra-cellulaires et même ne permet de rien mettre en évidence ; ces ganglions n'en sont pas moins virulents. L'hérédo-syphilis la plus typique peut évoluer en l'absence de tréponèmes visibles dans les viscères du fœtus. On peut en conclure qu'il existe une forme invisible du tréponème pâle et que cette forme est parfaitement virulente.

La souris, quelle que soit le mode d'inoculation du virus syphilitique à cet animal, ne réagit jamais par des lésions à tréponèmes et, cependant, ses organes sont toujours virulents, même deux ans et demi après l'inoculation.

Cette forme invisible du virus syphilitique n'est pas seulement une forme de résistance assurant la survivance aux périodes d'attente de la maladie, mais une forme infectante apte à réaliser la multiplication du virus.

La forme virulente invisible est présente dans les lésions à tréponèmes. Si on greffe sous la peau du dos, à des souris, un fragment de syphilome scrotal riche en tréponèmes, l'examen histologique et ultra-microscopique des fragments de greffe montre que les spirochètes, très nombreux dans le greffon au moment de l'inoculation, meurent et disparaissent en quelques heures. Or, ces greffons d'où les spirochètes ont totalement disparu, inoculés à des lapins neufs, se montrent virulents. On peut se demander si les tréponèmes, isolés du virus invisible, sont virulents. Les tréponèmes provenant de cultures perdent, dès l'isolement ou les premiers repiquages, tout caractère pathogène. Les tentatives d'inoculation avec les tréponèmes prélevés au niveau du cerveau de paralytiques généraux, malgré les précautions prises, ont toujours abouti à des échecs: ils semblent dénués de virulence.

Le tréponème, représentant la forme la plus évoluée du virus syphilitique, disparaît dès que, sous l'influence des réactions humorales de l'hôte, apparaissent des anticorps spirochéticides.

L'existence d'une forme invisible virulente et d'une forme invisible avirulente n'est point une exception biologique, c'est une règle générale chez les spirochètes.

Robert Clément.

Ch. Trunecek (Prague). ***L'unique sang artériel et les nombreux sangs veineux*** (*Revue de Médecine*, tome XLVIII, nº 10, Décembre 1931). — Le sang chassé du cœur gauche, ne subit dans les artères aucun changement notable; dans un temps donné, le sang d'un même individu est identique dans n'importe laquelle de ses artères.

Ce sang, les organes qui le reçoivent le transforment, chacun lui abandonnant ses déchets, ses produits de sécrétions internes ou lui enlevant les matières qui lui sont nécessaires.

Le sang revenant du cerveau contient, outre les déchets communs, du phosphore et des chlorures, celui venant de la glande thyroïde se caractérise par son taux d'iode; le sang des os et des cartilages se charge en phosphates de chaux et sels sodiques; le sang musculaire contient beaucoup d'acide carbonique, de magnésie, de phosphate de potasse; celui des téguments contient du soufre et est plus froid que le sang artériel. Le sang nutritif du muscle cardiaque est presque noir; celui qui a nourri l'appareil respiratoire et le médiastin ne revient qu'en partie au cœur droit. Dans les veines rénales, le sang est dépourvu de produits azotés; celui des veines surrénales contient de l'adrénaline. Le sang des veines hépatiques (1/7 du sang total) est chargé de nombreux produits de digestion, notamment de sels d'alcali, d'où sa couleur rouge clair, sa température est de 39°7. Le sang de retour des organes sexuels apporte à la masse commune les hormones qui contribuent à l'évolution de l'organisme; chez la femme enceinte, les veines utéro-ovariennes sont grossies énormément, le sang qu'elles contiennent renferme beaucoup d'acide carbonique.

Chaque veine apporte ainsi au sang commun les déchets des combustions organiques et parfois des produits qui, par l'intermédiaire du sang, agiront sur d'autres organes éloignés.

Robert Clément.

J. Valin (Mont-Dore). ***Les humeurs constituantes du « terrain asthmatique »*** (*Revue de Médecine*, tome XLVIII, nº 10, Décembre 1931). — Cliniquement, en dehors de la crise, rien ne révèle l'affection dont l'asthmatique est porteur. Pour déceler la perturbation organique, humorale, endocrinienne ou nerveuse, il faut employer des méthodes spéciales.

Dans le sang, le pourcentage des éosinophiles est plus élevé; dans l'intervalle des accès, il est habituellement de 5 à 8 pour 100. Au moment où une crise d'asthme va survenir, il existe des modifications du sang caractéristiques : diminution du nombre des leucocytes, inversion de la formule leucocytaire, thrombocytopénie.

Au point de vue chimique, il y aurait hypoglycémie, la courbe de tolérance au glucose serait tout à fait comparable à celle observée dans la maladie d'Addison; le taux de l'urée est en général normal. L'hypercholestérinémie est fréquente, mais inconstante. Il est probable qu'il y a imprégnation des tissus par l'acide urique sans que le taux de ce corps soit augmenté dans le sang. L'acide oxalique du sang serait notablement augmenté. Sur la teneur en calcium et en potassium, les recherches ont donné des résultats contradictoires. Avant la crise, il y aurait tantôt augmentation, tantôt diminution du taux de la créatine sanguine; après la crise, assez régulièrement augmentation. L'augmentation du CO^2 sanguin, précédant de peu la crise, la déclancherait. Entre les accès, l'équilibre acido-basique n'est pas modifié; pendant la crise, il est nettement déplacé vers l'alcalinité.

Au moment où l'accès d'asthme va se développer, il est fréquent d'observer des modifications sanguines d'ordre physique: hypercoagulabilité, diminution de l'indice réfractométrique du sérum, variation de la tension superficielle et de la viscosité du sérum. En dehors des crises, le temps de saignement est fréquemment prolongé.

L'examen des urines montre une augmentation du taux des chlorures et, dans certains cas, permet de reconnaître l'existence d'une insuffisance hépatique.

« Dans l'état actuel des connaissances médicales, il est impossible de dire quel est le facteur essentiel et constant de l'état asthmatique. »

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Belgodère. ***L'érysipéloïde*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome II, nº 12, Décembre 1931). — A propos d'une observation personnelle, B. fait une revue générale très documentée sur la *maladie de Rosenbach*, affection cutanée due à l'inoculation aux téguments de l'agent pathogène du rouget du porc.

24 à 48 heures après la piqûre septique, apparaît autour de la plaie une plaque rouge écarlate, rappelant l'érysipèle, et présentant une teinte vineuse à la bordure de l'œdème; on peut aussi noter de la rougeur, de la douleur et du gonflement des articulations phalangiennes; les ganglions peuvent être augmentés de volume. Ces phénomènes durent une dizaine de jours et tout rentre dans l'ordre. Parfois, l'affection se généralise; on note de la fièvre, des frissons, de la courbature, des sueurs froides, de la céphalée ; on a signalé des endocardites et des arthropathies tardives, comme dans le rouget du porc. Mais il est à noter que cette affection, si grave chez le porc, est le plus souvent bénigne chez l'homme.

Le diagnostic se pose avec l'érysipèle, la lymphangite commune et l'érythème polymorphe. La

recherche du bacille du rouget soit dans le sang, soit par biopsie d'un fragment de peau à la bordure de la plaque, est souvent négative. On peut encore placer le fragment cutané dans du bouillon de cheval ou du bouillon bilié, faire des cultures et des inoculations dans le muscle pectoral du pigeon.

On peut observer l'érysipéloïde à la suite d'accidents de laboratoire: inoculation de cultures virulentes de bacilles du rouget du porc; les signes cliniques peuvent être assez graves dans ces cas. Plus souvent, l'érysipéloïde est la conséquence de blessures des mains survenues en manipulant de la viande de porcs atteints de rouget (vétérinaires, bouchers, charcutiers) ou même de porcs non malades en apparence. On a également observé l'érysipéloïde chez les pêcheurs, mareyeurs, marchands de poissons, coquillages, à la suite d'une piqûre par arête de poisson ou par coquillage. Le bacille du rouget ne paraît pas en effet spécifique du rouget du porc, mais très répandu dans la nature, il vit à l'état de saprophyte sur toutes sortes de substances d'origine animale et sur d'autres espèces que le porc.

Le traitement de cette affection, bénigne chez l'homme, est très simple: pansements humides, puis pâte de zinc ichtyolée. La médication spécifique par le sérum de Leclainche est indiquée dans les cas graves.

R. Burnier.

Oppenheim. ***Dermatite bulleuse striée consécutive aux bains de soleil dans les prés*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome III, n° 1, Janvier 1932). — O. décrit une affection cutanée peu connue en France, qui apparaît après des bains pris en plein air, dans une piscine publique, dans les cours d'eau et suivie de repos allongé dans les prés avoisinants. Après une période d'incubation de vingt-quatre à quarante-huit heures, apparaît une forte démangeaison, des taches rouges avec bulles claires sur les parties du corps ayant été au contact de l'herbe, et souvent des stries minces, longues, parallèles ou se croisant en divers points sur lesquelles apparaissent des vésicules et des bulles. Tout disparaît en une huitaine de jours, à la suite d'applications de pommades calmantes ou de lotions alcoolisées; une pigmentation brunâtre peut persister pendant quelques mois.

La cause de cette dermatite est encore obscure; on a incriminé les plantes des prés contenant de l'acide silicique, comme les carex, l'achillée, le panais. Mais on a observé cette affection chez des sujets qui, le bain pris, s'étaient simplement exposés au soleil sur un banc. Les lésions ne se manifestent que sur les parties de la peau brûlées par le soleil, non protégées par le costume de bain.

R. Burnier.

A. Ulmo. ***La dermatose bulleuse des bains de soleil dans les prés*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome III, n° 1, Janvier 1932). — U. rapporte le premier cas français de l'affection cutanée décrite par Oppenheim. Les lésions apparurent chez une étudiante de 22 ans, vingt-quatre heures après un bain en plein air, suivi d'un bain de soleil, pris couché dans l'herbe, le corps étant encore mouillé; on note des vésicules et des bulles de grosseur variant d'un grain de chènevis à un œuf de pigeon; le liquide est clair ou trouble; les bulles sont agencées suivant des lignes droites, des angles aigus; on trouve des négatifs, des calques comme des bouquets de plantes froissées, des dessins arciformes. Ces bulles se flétrissent spontanément et guérissent en huit jours sous des poudres inertes ou des pâtes à l'eau.

Les deux sexes sont également frappés et l'âge ne semble jouer aucun rôle; c'est toujours en été (Juin, Juillet, Août) qu'on observe cette dermatose, avec des variations annuelles.

R. Burnier.

ARCHIVES DE MÉDECINE DES ENFANTS (Paris)

Robert Debré et **André Busson.** ***L'hypertrophie cardiaque essentielle du nourrisson*** (*Archives de médecine des enfants*, tome XXXV, n° 2, Février 1932). — Il existe chez le nourrisson une hypertrophie cardiaque « essentielle » ou « primitive » qu'il convient d'opposer aux hypertrophies cardiaques liées aux malformations congénitales habituelles. D. et B. ont pu réunir une quarantaine d'observations authentiques de cette entité morbide, parmi lesquelles six de langue française.

Dans presque tous les cas, la grossesse et l'accouchement ont été normaux. Le plus souvent, il s'agit d'un enfant né à terme, d'apparence normale, s'élevant facilement pendant un certain « intervalle libre ». L'hypertrophie cardiaque peut même être une trouvaille d'autopsie.

Lorsque les *troubles fonctionnels* font leur apparition, on note habituellement de la dyspnée — tantôt continue avec tirage sus et sous-sternal, tantôt paroxystique — et de la cyanose permanente ou survenant par crises. La pâleur est fréquemment signalée. Les troubles digestifs peuvent exister, mais n'ont rien de caractéristique.

L'attention est attirée vers une affection thoracique, mais l'examen des poumons est généralement négatif. L'examen du cœur et des vaisseaux ne montre dans la grande majorité des cas qu'un seul signe: la tachycardie. Toutefois, on peut noter une matité cardiaque nettement augmentée.

Comme autres signes, on a pu noter une légère hypertrophie du foie, de la rate et exceptionnellement de l'ascite ou des œdèmes périphériques.

Les *signes physiques* ne sont nullement pathognomoniques et risquent d'orienter le diagnostic dans une mauvaise direction, et c'est à la *radiologie* surtout qu'il faut demander des précisions. Toutes les radiographies reproduisent la même image : l'ombre cardiaque est volumineuse, elle occupe presque tout l'hémithorax gauche; les champs pulmonaires sont normaux.

L'hypertrophie cardiaque essentielle est une affection de courte durée clinique survenant un temps variable après la naissance et se terminant par une mort rapide ou subite. La mort est survenue avant deux mois dans 4 cas, de deux mois à quatre mois dans 5 cas, de six à huit mois dans 5 cas, de huit à dix mois dans 6 cas, de dix mois à un an dans 7 cas, d'un an à dix-huit mois dans 2 cas, de dix-huit mois à deux ans dans 1 cas, au-dessus de deux ans dans 6 cas.

Au point de vue des *formes cliniques*, D. et B. distinguent une *forme cardiaque* caratérisée par la cyanose, la dyspnée avec polypnée; la tachycardie et une *forme tumorale*, plus rare, donnant lieu à un syndrome dyspnéique avec gêne de la respiration, bruit de cornage, tirage sus et sous-sternal. On peut distinguer aussi une *forme anémique* et la *forme du nouveau-né* caractérisée par la mort rapide pouvant être attribuée à une cause indéterminée avant l'autopsie.

A *l'autopsie*, on est frappé par le volume du cœur. Le péricarde apparaît sain. On ne note aucune malformation congénitale. Le poids du cœur permet d'éliminer une dilatation simple du myocarde.

Alors qu'un cœur normal pèse de 20 à 25 gr. à la naissance pour atteindre 40 grammes à 18 mois, les cœurs hypertrophiés primitivement pèsent, à la naisance, 40 gr.; de 3 à 6 mois, 60 à 170 gr.; de 6 mois à un an 70 à 175 gr.; de un an à 18 mois, 100 à 200 gr.; de 18 mois à 2 ans, 120 à 170 gr.

Le muscle cardiaque est hypertrophié, mais les cavités du cœur sont en outre dilatées.

La constatation d'un cœur énorme est le fait dominant. Dans un tiers des cas, on relève en outre une augmentation de volume du thymus.

Ribadeau-Dumas, R. Mathieu, Max Lévy et **Guédé.** — ***Tétanie avec élévation du rapport chlore globulaire/chlore plasmatique. Traitement par le bicarbonate de soude; guérison*** (*Archives de médecine des enfants*, tome XXXV, n° 2, Février 1932). — Il est classiquement admis que la tétanie, l'épilepsie essentielle s'accompagnent d'alcalose et cette opinion est basée sur l'examen des humeurs, le déclanchement des crises par alcalinisation, l'amélioration par l'administration de régimes cétogènes.

Sans vouloir discuter la pathogénie de ces affections, R.-D. et ses collaborateurs rapportent un fait qui ne s'accorde pas avec les schémas établis. Il s'agit d'un nourrisson qui, au cours d'un syndrome infectieux accompagné de rachitisme marqué, a présenté un état de tétanie extrêmement accentué avec forte hypocalcémie. Cet enfant présentait d'une part une augmentation considérable du chlore plasmatique, d'autre part une élévation du rapport chlore globulaire/chlore plasmatique. Cette constatation rendait logique l'administration de bicarbonate de soude à hautes doses, traitement qui amena la guérison rapide.

La conclusion est qu'en présence d'un nourrisson tétanique au cours d'un syndrome infectieux plus ou moins grave, il est indispensable de doser à côté du calcium (et si possible du calcium ionisé) le chlore plasmatique et le chlore globulaire et de déterminer leur rapport. La thérapeutique devra être double: d'une part extrait parathyroïdien, ergostérol irradié, calcium, etc.; d'autre part, traitement sérothérapique et notamment comme dans le cas présent administration de bicarbonate de soude (100 à 150 cmc de solution isotonique par vingt-quatre heures).

Il convient toutefois de ne pas oublier que le traitement bicarbonaté est un traitement d'exception qui ne peut être autorisé que par l'examen hématologique et la constatation d'une élévation du rapport $\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}}$.

G. Schreiber.

REVUE DE STOMATOLOGIE (Paris)

Bercher et **Fleury.** ***Odontalgies sinusales*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIV, n° 3, Mars 1932). — B. et F. étudient la façon complète et très claire les odontalgies sinusales, c'est-à-dire les douleurs dentaires se produisant au cours des inflammations de la muqueuse antrale. Ces odontalgies peuvent être dues à l'irritation des nerfs dentaires dans leur trajet sous-muqueux, ou dans leur trajet intra-osseux, lorsqu'il y a réaction sous-périostée, notamment dans les formes catarrhales de sinusite. Comme de coutume, le nerf irrité sur son parcours répond à sa terminaison. Il est possible aussi qu'il y ait lésions des filets sympathiques entraînant des troubles vaso-moteurs pulpaires.

Dans d'autres cas, la réaction ostéo-périostée d'origine antrale entraîne une congestion du ligament alvéolo-dentaire et du pédicule pulpaire.

La disposition anatomique conditionne évidemment la fréquence de ces odontalgies qui vont se présenter par ordre croissant de fréquence sous une forme de pulpite, d'arthrite ou de pulpo-arthrite. Dans le premier cas, il ne s'agit pas de « rage de dents », mais plutôt de signes de pulpite subaiguë.

Dans les formes d'arthrite ou de pulpo-arthrite, les signes intéressent un groupe de dents et non une dent. La douleur provoquée à la percussion a toujours une intensité moindre que la douleur spontanée, contrairement à ce que l'on observe dans l'arthrite qui complique une gangrène pulpaire. Il y a souvent congestion diffuse et légère de la muqueuse.

C. Ruppe.

Carvallo et **Rey**. ***Kyste paradentaire du maxillaire inférieur*** (*Revue de Stomatologie*, tome XXXIV, n° 3, Mars 1932). — C. et R. rapportent l'observation intéressante d'un kyste paradentaire du maxillaire inférieur, né dans le ligament d'une dent de sagesse saine. L'évolution extra-osseuse dans la gaine du masséter de ce kyste donna le change avec une tumeur parotidienne. L'évolution intra-osseuse fut assez étendue pour provoquer une fracture de la mandibule.

C. Ruppe.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

L. Weill. ***Contribution à l'étude des anémies d'origine alimentaire de l'enfant*** [Etude clinique et expérimentale] (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 288, 5 Janvier 1932). — Expérimentalement, chez des cobayes inanitiés, les examens de sang ne montrent pas d'anémie pendant les périodes d'inanition, mais après quelques jours de réalimentation, on constate de l'hypoglobulie passagère et une chute de l'hémoglobine. En clinique, aucun fait précis ne vient appuyer ces résultats.

La qualité des aliments joue un rôle important dant les périodes d'inanition, mais, après quelques tes de carbone, l'excès de graisses, l'emploi exclusif de protéines ne favorisent pas la régénération sanguine, mais certains albuminoïdes sont indispensables à celle-ci; quelques acides aminés sont plus actifs que d'autres.

La déshydratation est surtout une cause d'erreur dans l'appréciation de l'anémie.

La carence en fer produit une anémie du type chlorotique chez les enfants nourris trop longtemps exclusivement au lait de vache. Quelques expériences semblent attribuer une action au cuivre pour prévenir l'anémie chez les animaux soumis à un régime lacté exclusif.

La carence en vitamine C entraîne l'anémie scorbutique favorisée par le jeune âge et la croissance. Les vitamines A et B semblent n'avoir qu'une action légère sur l'hématopoïèse, la vitamine D, n'avoir aucune action directe sur le sang.

L'anémie provoquée par l'alimentation exclusive au lait de chèvre est une anémie sévère avec hypotrophie de pathogénie mal connue: expérimentalement la vitamine C, le fer et l'hypoalimentation ne semblent pas en cause dans le déterminisme de cette anémie.

Certains aliments ont un pouvoir de régénération sanguine. Dans l'anémie scorbutique, la méthode de Whipple agit rapidement sur l'anémie proprement dite, mais très lentement sur les signes osseux. Dans les cas graves, il ne faut pas substituer le foie au jus de citron, mais l'associer.

La meilleure prophylaxie des anémies d'origine alimentaire est l'institution d'un régime suffisant, varié et parfaitement équilibré.

Robert Clément.

P. Croizat et **M. Plauchu.** ***Les formes spontanément curables des oblitérations des vaisseaux mésentériques*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 289, 20 Janvier 1932). — A côté du grand infarctus mésentérique à évolution fatale, les oblitérations des vaisseaux mésentériques semblent réaliser des lésions intestinales curables. C. et P. passent en revue les diverses observations existant dans la littérature de ces formes curables. Certaines s'accompagnant d'un protocole opératoire semblent démontrer la possibilité de lésions anatomiques importantes pouvant aboutir à la guérison spontanée. On a invoqué comme condition favorable : l'origine veineuse des accidents, une seule observation sur 38 est démonstrative à ce point de vue.

Sur 38 cas d'oblitération curable on trouve 12 fois une étiologie précise, 9 embolies, 3 thromboses; dans les 25 observations où la cause est insuffisamment précisée, il semble qu'il s'agisse la plupart du temps de thrombose. Le rôle du spasme, le peu d'étendue des lésions, le degré d'altération des tuniques intestinales sont encore des éléments importants pour expliquer la curabilité spontanée de ces oblitérations mésentériques.

Au point de vue clinique, les oblitérations spontanément curables des vaisseaux mésentériques présentent souvent le tableau dramatique du grand infarctus mortel, puis la diarrhée diminue et au bout de deux ou trois jours apparaît la phase d'occlusion. Celle-ci peut exister d'emblée et le tableau de l'occlusion présenter quelques traits particuliers, notamment des ondes péristaltiques.

Souvent aussi, la symptomatologie est assez fruste. La douleur est le seul signe absolument constant; l'entérorragie est un symptôme capital : seule, elle permet d'affirmer le diagnostic dans les cas où il n'y a pas eu de vérification opératoire. Généralement peu abondante, elle peut passer inaperçue. Dans les 26 observations suffisamment complètes, on trouve le melæna 11 fois (42 pour 100). La diarrhée peut manquer. La perception d'un empâtement localisé en impose parfois pour un plastron appendiculaire ou une masse pelvienne.

On peut observer 3 évolutions : 1° guérison complète sans séquelles; 2° guérison moins complète, survie, mais subocclusion intestinale persistante ou quelquefois rétréeissement cicatriciel; 3° la guérison ne se produit qu'au prix de fistules longtemps persistantes entretenues par les foyers de nécrose et l'élimination de l'anse infarcie.

Le diagnostic est souvent très difficile quand surviennent des symptômes abdominaux chez les cardiaques : tous les drames péritonéaux, l'appendicite, la cholécystite, les infections pelvi-abdominales et les diverses embolies viscérales peuvent être invoqués, il faut songer à la possibilité de formes frustes d'oblitération mésentérique.

Robert Clément.

TOULOUSE MÉDICAL

M. Izard et **M. Thiry.** ***Recherches sur la bacillémie tuberculeuse*** (*Toulouse Médical*, tome XXXII, n° 24, 15 Décembre 1931). — Pour mettre en évidence la bacillémie tuberculeuse, l'examen direct ne donne que des résultats aléatoires; l'hémoculture, sur milieu de Lœwenstein, et l'inoculation aux cobayes, sont les meilleures méthodes à employer.

Par ces deux procédés, I. et T. ont cherché la bacillémie, d'une part, chez les tuberculeux avérés; d'autre part, chez les malades présentant des affections soupçonnées de nature tuberculeuse.

13 hémocultures, 5 sur milieu de Pétroff, 8 sur milieu de Lœwenstein, ont toutes été négatives et stériles après deux ou trois mois d'étuve, même lorsqu'elles ont été pratiquées avec le sang de tuberculeux pulmonaires avérés. Même échec dans l'érythème noueux et dans le rhumatisme articulaire aigu.

Le pourcentage des inoculations positives (51 cobayes, 23 malades) a été de 13,02 pour 100 en tenant compte des formes de tuberculoses atypiques.

On peut en conclure que contrairement à l'opinion de Lœwenstein, la bacillémie secondaire est rare, fugace et de peu d'importance. Même dans les formes de tuberculose aiguë, il s'agit d'une simple migration bacillaire et non d'une septicémie massive. Toutefois, la notion de tuberculose atypique, en mettant en évidence la forme filtrante du virus tuberculeux, est susceptible d'augmenter le pourcentage des cas positifs.

Dans l'état actuel de nos méthodes, la recherche de la bacillémie offre encore trop de difficultés pour être considérée comme une technique courante de laboratoire.

Robert Clément.

BRUXELLES MÉDICAL

F. de Beule (Gand) avec la collaboration de **Faut, de Rom, de Bert** et **de Witte.** ***La stase duodénale chronique*** (*suite*); ***physiologie normale et pathologie du duodénum; symptômes et diagnostic; radiologie*** (*Bruxelles Médical*, tome XII, n 13, 24 Janvier 1932). — Dans le duodénum, en temps qu'organe moteur, il faut distinguer 2 portions distinctes : le bulbe reçoit le chyme gastrique et l'accumule pendant un temps variable qui peut aller de quelques secondes à 2 à 3 minutes (la durée de la réplétion dépendant de la position, elle est plus longue dans le décubitus horizontal); le tube duodénal proprement dit a un transit plus rapide.

Dans la stase duodénale, la sécrétion, normalegine, le transit est complètement altéré, le duodénum dans son ensemble ou dans un de ses éléments (le bulbe par exemple ou le genou inférieur) se dilate plus ou moins et son contenu stagne pendant un temps anormal parfois très prolongé. Les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques sont exagérés avec superposition fréquente de spasmes.

Dans la stase duodénale, la sécrétion normalement discontinue, devient continue et s'intensifie énormément; ainsi s'expliquent les énormes quantités de liquides que les malades vomissent parfois sans raison. La toxicité du suc duodénal s'exagère. Au lieu d'être stérile, le liquide d'obstruction contient rapidement une flore microbienne très riche à caractère virulent.

Expérimentalement, même après de longs mois de stase, on n'a pas observé au niveau du duodénum le moindre processus ulcéreux.

Le syndrome duodénal à l'état de pureté est caractérisé par une sensation de plénitude, de lourdeur à l'épigastre, survenant après le repas suivant un horaire variable; par moments éclatent des crampes épigastriques, très douloureuses, intermittentes, auxquelles succèdent des vomissements chargés de bile. En l'absence de vomissements, les crampes se compliquent de coliques et sont suivies d'une expulsion diarrhéique. Des troubles nerveux, une altération prononcée de l'état général, la céphalée, l'asthénie ou l'irritabilité excessive sont en rapport avec l'intoxication d'origine duodénale. L'amaigrissement est progressif et en général s'acompagne d'une température au-dessous de la normale.

Le plus souvent, la symptomatologie de la stase duodénale s'encadre dans celle de l'affection principale qui l'a fait naître et dessine des types cliniques variables : forme colique droite, stase de type ulcéreux, de type hépatique ou pseudo-lithiasique, forme appendiculaire, forme utéro-annexielle, forme pancréatique, forme névropathique, forme tumorale.

L'examen radiologique est très important; la stase est caractérisée par un transit duodénal retardé, la déformation par dilatation du duodénum, les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques anormaux.

Robert Clément.

F. de Beule (Gand avec la collaboration de **Faut, de Rom, de Bert** et **de Witte.** ***La stase duodénale chronique*** (*suite*); ***existe-t-il une atonie duodénale essentielle ?; traitement*** (*Bruxelles Médical*, tome XII, n° 14, 31 Janvier 1932). — Le radiologiste ne peut conclure formellement à l'existence d'une atonie duodénale essentielle qu'on ne saurait admettre qu'après une laparotomie exploratrice soigneuse. Cependant, chez une jeune fille de 19 ans, qui présentait les symptômes de stase duodénale, examinée 4 fois sous l'écran et qui subit 2 fois une exploration chirurgicale minutieuse, le seul diagnostic possible était celui d'atonie duodénale essentielle. Au point de vue radiologique, il faut faire la distinction entre stase mécanique à obs-

tacle variable et intermittent et stase mécanique à obstacle fixe. Si les symptômes d'atonie sont prédominants, il faut chercher s'il s'agit d'une stase par sténose fixe arrivée à sa période de décompensation ou bien à une atonie duodénale essentielle.

Pour être efficace, le traitement doit avant tout être causal. L'étude clinique et radiologique permet souvent d'établir la cause efficiente de la rétention duodénale, si elle est mécanique ou paralytique, de déceler la nature et le siège de l'obstacle. Mais beaucoup de cas restent obscurs et la thérapeutique doit procéder par tâtonnement.

Tout traitement médical comporte pour ainsi dire toujours 2 indications: le repos en position horizontale après le repas et le lavage duodénal à jeun. Parfois des moyens simples tels que le port d'une ceinture, la lutte contre la constipation par un régime végétal et des laxatifs suffisent à améliorer les symptômes duodénaux. Dans la grande majorité des cas, la stase duodénale commande l'intervention chirurgicale; celle-ci est en rapport avec le facteur pathogénique et les opérations seront nombreuses et variées. Il faut reconnaître l'obstacle mécanique, le lever. Qu'il s'agisse d'une insertion vicieuse du muscle de Treitz, de brides de mésentérites rétractiles, de ptose du côlon avec traction du pédicule mésentérique, les indications chirurgicales seront différentes.

Chez 5 malades où le tableau clinique pouvait faire songer à l'existence de spasmes pyloro-duodénaux essentiels, avec prédominance de symptômes duodénaux, sans dilatation duodénale véritable, l'énervation gastrique a donné 2 fois un succès remarquable, 1 fois une amélioration nette et durable et 2 échecs complets.

Robert Clément.

R. Crousse. ***Métrorragie et ménorragie de la puberté par hémogénie. Du traitement de cette affection par la ligature de l'artère splénique*** (*Bruxelles Médical*, tome XII, n° 15, 7 Février 1932). — Parmi les métrorragies et les ménorragies de la puberté, un certain nombre relèvent de l'hémogénie de P.-E. Weil, ainsi que le prouve la prolongation du temps de saignement, la diminution du nombre des plaquettes, le signe du lacet positif, alors que le temps de coagulation est normal et le caillot irrétractile. Il s'agit de formes de purpura chronique à type génital presque pur.

Dans un cas de purpura chronique de cette sorte où les métrorragies par leurs répétitions avaient entraîné un état d'anémie grave et s'accompagnaient d'hémorragies nasales et buccales au point que plusieurs transfusions furent nécessaires, la splénectomie amena une guérison clinique complète ayant persisté depuis trois ans. Les suites de l'intervention furent normales et apyrétiques, le nombre des plaquettes passa de 80.000 à 190.000, celui des globules rouges de 1.340.000 à 3.944.000 et le taux de l'hémoglobine de 14 à 50 pour 100, tandis que le temps de saignement tombait de 16 à 2 minutes 1/2.

Il est bien entendu que tous les cas d'hémogénie ne sont pas justiciables de la splénectomie, un grand nombre évoluent d'une façon fruste et guérissent par le traitement médical, mais il faut songer à l'origine sanguine de toute hémorragie génitale incoercible de la puberté et, en cas d'échec des autres traitements et lorsque l'anémie secondaire devient inquiétante, cette opération est indiquée et donne parfois de beaux succès.

Robert Clément.

ARS MEDICA
(Barcelone)

I. Peyri. ***Particularités étiologiques de l'eczéma de localisation initiale sur les mains*** (*Ars Médica*, tome VII, n° 69, Mai 1931). — P. a mené une enquête sur un grand nombre de cas d'eczéma recrutés dans les diverses professions (maçons, charretiers, blanchisseuses, filles de service). Il apporte des clichés fort démonstratifs.

Il admet que les agents externes (infections, contacts professionnels) sont des causes prédisposant à l'eczématisation. Les causes déterminantes seraient l'ectasie vasculaire, l'œdème hypodermique.

Le succès de la thérapeutique sclérosante (injections sclérosantes des veines de l'avant-bras) est en faveur de cette pathogénie.

Georges d'Heucqueville.

NOTICIAS MEDICAS
(Murcia)

I. Mas de Ayala. ***Etude clinique de la fièvre récurrente espagnole*** (*Noticias médicas*, tome VI, n° 72, Décembre 1931). — M. de A., sur le conseil du prof. Brumpt, s'est adressé au *Treponema hispanicum*, pour le traitement pyrétothérapique des maladies mentales. Il a inoculé 230 malades. L'intérêt de son étude est double : elle apporte une description clinique, précise et complète, de la fièvre récurrente espagnole, qui sévit à l'état endémique sur la péninsule ibérique; en outre, il établit la valeur thérapeutique du *Treponema hispanicum*, comme agent pyrétothérapique.

Les 230 malades ont été inoculés par voies sous-cutanée, intra-musculaire, intraveineuse et conjonctivale. L'incubation varie entre quatre et six jours, peut atteindre quinze jours. L'invasion est brusque, se signale par des frissons, des nausées, des algies, une élévation thermique à 40°.

Ce premier accès se prolonge trois ou quatre jours. Une crise le termine. Quatre jours d'apyrexie, avec hypotension parfois. Puis un nouvel accès survient, moins sévère que le premier, qui cède en trois jours. Les accès se reproduisent à ce rythme et s'éteignent spontanément, un mois et demi après l'inoculation.

La fièvre récurrente espagnole est la plus bénigne des fièvres récurrentes. La paralysie faciale, l'iritis sont les seules complications à craindre. L'immunité conférée au convalescent ne dure jamais plus d'un an. La quinine, le mercure, le bismuth et les arsénobenzènes la jugulent aisément: une injection de novarsénobenzol de 0 gr. 45 arrête définitivement les accès.

M. de A. développe longuement la biologie du *Treponema hispanicum*, dont l'*Ornithodorus marocanus* est l'hôte transmetteur.

Il ne publie pas les résultats de cette pyrétothérapie sur les 230 psychopathes, mais insiste sur ses avantages: on inocule une maladie bénigne, spontanément curable, non immunisante; l'inoculation peut donc être répétée.

Georges d'Heucqueville.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

L. d'Antona et **G. Corbini.** ***Métabolisme des hydrates de carbone dans le parkinsonisme post-encéphalitique*** (*Archivio per le Scienze Mediche*, tome LV, n° 10, Octobre 1931). — A. et C. ont étudié le métabolisme hydro-carboné chez 34 malades ayant des séquelles d'encéphalite, presque tous parkinsoniens. La glycémie à jeun a été normale dans la majorité des cas, dépassant rarement un gramme (méthode de Folin-Wu). La glycémie provoquée a présenté des modifications variables:

Dans un premier groupe, le métabolisme était ralenti; dans 4 cas, l'élévation de la glycémie était supérieure à la normale et le retour au chiffre initial retardé; dans 14, l'anomalie consistait plus dans la longue persistance de l'élévation que dans son degré; dans un, la glycémie s'est élevée progressivement jusqu'à la troisième heure.

Dans un deuxième groupe, le métabolisme était accéléré; la glycémie s'élevait peu et en une heure revenait à son point de départ ou même au-dessous (8 cas); dans un cas, il n'y eut pas de variations de la glycémie.

Dans un troisième groupe, la courbe de la glycémie était trop atypique pour être classée dans un des groupes précédents; deux fois, il y eut d'abord une baisse légère de la glycémie, puis une augmentation progressive se prolongeant jusqu'après la troisième heure; dans 4 cas, après l'élévation et le retour à la normale, il y eut une élévation secondaire.

Les troubles du métabolisme des hydrates de carbone sont donc fréquents dans les séquelles de l'encéphalite; ils ne paraissent dépendre, d'après les recherches des auteurs, ni d'une altération hépatique, ni de troubles neuro-végétatifs; ils sont sans doute la conséquence d'un dysfonctionnement des centres du diencéphale, eux-mêmes sous la dépendance, d'après Dresel et Léwy, d'un centre situé dans le globus pallidus, formations qui sont habituellement lésées dans l'encéphalite.

L. Rouquès.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

A. Dudan. ***Vingt cas d'asthme bronchique traités par la sanocrysine*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 4, 23 Janvier 1932). — D., qui a publié déjà deux cas d'asthme traités par la sanocrysine, apporte aujourd'hui un total de 20 observations. Le traitement a consisté à donner ce médicament à des doses très fractionnées et progressives de 1 à 5 centigr. à la dilution de 1/100 en injections intraveineuses tous les quatre à sept jours au début, puis tous les huit à quinze jours, et enfin toutes les trois semaines ou tous les mois. Quand il a été observé un état nauséeux ou une réaction urticarienne, ces troubles ont été aisément combattus par 1 à 2 centigr. d'éphétonine renouvelés 1 à 6 fois par jour.

Sur ces 20 malades, il en est 8 qui pouvaient vaquer à leurs occupations malgré un asthme très pénible. Sept étaient dans l'impossibilité de travailler, un était un enfant infirme du fait de sa maladie et 4 autres étaient devenus des adrénalinomanes. Il n'y a eu aucun échec du traitement. Dix-sept malades ont guéri et les 3 autres ont été améliorés.

Tous les malades ont été examinés au point de vue de la tuberculose. On a trouvé des grappes ganglionnaires du hile avec calcification et péribronchite périhilaire irradiante avec fibrose pulmonaire dans tous les cas; dans 8 cas, il y avait des lésions plus ou moins importantes; dans 7 cas, il y avait des lésions tuberculeuses anciennes; dans 2 cas, on a trouvé des bacilles de Koch dans l'expectoration. D. ne tire aucune conclusion de ces constatations, mais remarque que nos moyens actuels d'investigation ne nous donnent qu'une vision partielle des processus tuberculeux et qu'il lui paraît difficile, en tout cas, de considérer que les tuberculoses plus ou moins atténuées constituent un parasitisme innocent.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

H. Hartmann et **M. Weissmann.** ***Le traitement de la mélancolie par la décholine*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 50, 11 Décembre 1931). — On sait que certains auteurs attribuent aux troubles des fonctions hépatiques un rôle dans le mécanisme du *delirium tremens* et de la mélancolie. Cette hypothèse a été le point de départ des essais thérapeutiques de De Crinis, qui a employé, paraît-il, avec succès, la décholine (acide déshydrocolique) dans ces deux affections. Leischner a

également relaté des observations favorables au traitement de la mélancolie par la décholine.

H. et W. ont repris cette étude dans 16 cas qu'ils rapportent succinctement. La dose injectée était de 10 cmc par voie intraveineuse, et elle était renouvelée chaque jour. Les injections ont dû être interrompues chez certains patients à cause de diarrhées, de vomissements ou d'élévations thermiques. Mais, en général (10 cas sur 16), elles étaient renouvelées 5 jours de suite, ou même plus longtemps, jusqu'à 10 jours (soit une dose totale de 100 cmc).

Sur ces 16 cas, 8 furent améliorés, dont 5 aussitôt après le traitement, et 3 quelques semaines plus tard. Sur les 8 améliorations, il y en eut 4 durables, qui permirent de laisser les malades quitter l'asile.

Dans certains cas, l'autohémothérapie a été associée aux injections de décholine, avec un résultat encourageant.

H. et W. restent très réservés dans leurs conclusions, mais ils estiment que les essais méritent d'être repris, particulièrement dans les mélancolies anxieuses, qui paraissent plus sensibles à cette thérapeutique.

J. Mouzon.

L. Stanojévic et **V. Vujic**. ***Série de polynévrites toxiques, consécutives à l'usage d'un abortif*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVII, n° 50, 11 Décembre 1931). — S. et V. ont recueilli, à Belgrade, 7 observations de polynévrites survenues chez des femmes qui avaient ingéré — généralement dans l'intention d'interrompre une grossesse réelle ou supposée — des préparations à base d'apiol. Dès les premiers jours de la cure ou quelques jours plus tard apparaissaient des céphalées, des vomissements, des douleurs lombaires ou épigastriques, des algies des membres inférieurs, et aussi, à un moindre degré, des membres supérieurs, de la diarrhée, de la polyurie, de la contracture des mâchoires. Puis les malades avaient l'impression d'avoir les bras et surtout les jambes en coton. Les phénomènes paralytiques ne tardaient pas alors à s'installer aux mains et surtout aux pieds; ils prédominaient toujours sur les segments distaux. Les troubles de sensibilité intéressent la sensibilité épicritique, quelquefois aussi la sensibilité protopathique; ils affectent une topographie segmentaire, et ils ne sont pas limités à des territoires nerveux déterminés. L'atrophie musculaire atteint surtout les éminences et les espaces interosseux; elle s'accompagne de troubles des réactions électriques, et parfois de réaction de dégénérescence. Le tonus musculaire est diminué, les réflexes rotuliens généralement affaiblis, les achilléens abolis.

Les cas d'intoxications par des abortifs à base d'apiol sont bien connus, paraît-il, en Italie. Ter Brack vient d'en signaler une « épidémie » en Hollande. On ne connaît pas de cas mortels. Il semble, d'après les constatations de S. et V., que les accidents aient été provoqués par certaines préparations d'apiol plutôt que par d'autres, ce qui laisse supposer que certaines impuretés ou certaines altérations du produit peuvent être incriminées.

J. Mouzon.

W. Behr. ***Contribution au traitement du tétanos et des états d'excitation graves observés dans les méningites, par le pernocton (Riedel)*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 2, 8 Janvier 1932). — Le pernocton est un dérivé barbiturique injectable, qui a été utilisé en chirurgie comme narcotique de base, en obstétrique pour l'accouchement et contre l'éclampsie, en médecine au cours des coliques lithiasiques ou dans le tétanos. On l'a employé tantôt seul, tantôt associé à l'avertine.

Depuis un an, B. a eu recours au pernocton dans 4 cas de tétanos grave et dans 2 cas de méningites graves (une méningite tuberculeuse, une méningite à streptococcus capsulatus mucosus).

Les conclusions sont en faveur du pernocton, qui n'a jamais donné d'accident, qui est facilement maniable, et qui combat efficacement les états d'excitation, convulsifs ou tétanoïdes, à condition qu'ils ne soient pas trop intenses. Dans les grands états d'agitation, il faut associer l'avertine, ou remplacer le pernocton par la scopolamine-morphine. La dose moyenne est de 1 cmc pour 12,5 à 15 kilogr. en injection intraveineuse, avec maximum de 5 cmc, injectés lentement. En injection intramusculaire, cette dose a pu être dépassée sans inconvénients chez l'enfant. B. n'admet qu'une contre-indication: la lésion grave des reins. Malheureusement, le pernocton détermine l'accoutumance, et, après quelques jours d'usage continu, la dose, qui provoquait d'abord un sommeil tranquille de plusieurs heures, ne détermine plus qu'un demi-sommeil agité pendant une heure.

Sur les 6 malades de B., les 2 méningitiques sont morts; les 2 tétaniques adultes également; 2 enfants tétaniques graves ont guéri; le résumé d'une de ces observations donne idée du mode d'emploi et des effets du pernocton.

Un enfant de 13 ans est pris, neuf jours après une plaie infectée du genou, de raideur de la nuque et de trismus. Deux jours plus tard, il entre à l'hôpital avec rire sardonique, trismus, opisthotonos, ventre rétracté, température à 37°, pouls à 96, mais respiration superficielle, crises de contracture tétanique à la moindre excitation. On pratique aussitôt une ponction lombaire sous anesthésie chloroformique, et on injecte par voie rachidienne 20.000 unités antitoxiques de sérum. Avant la fin de l'anesthésie, on injecte 2 cmc de pernocton intramusculaire. Le sommeil dure trois ou quatre heures, pendant lesquelles il ne se produit aucune crise. On continue le pernocton à la dose de 2 cmc intramusculaires toutes les quatre ou cinq heures. Les crises tétaniques reparaissent, fréquentes, mais atténuées. Les contractures permanentes ne sont pas atténuées. Le pouls monte à 116.

Le second jour, on fait encore 4 injections de pernocton. De plus, on injecte encore 5.000 unités de sérum antirachidien. L'enfant reste dans une somnolence continue, ne peut avaler. L'état est stationnaire.

Du troisième au sixième jour, les seules modifications sont un ralentissement du pouls, qui tombe à 72, et une faible atténuation des contractures, qui permettent l'ingestion de quelques liquides. L'enfant est maintenu dans l'état de somnolence par 3 injections quotidiennes de 2 cmc de pernocton.

L'état s'améliorant, vers le septième jour, on abaisse la dose à 2 injections de 2 cmc le huitième et le neuvième jour, puis à 2 injections de 1 cmc 1/2 du dixième au treizième jour, enfin à 1 cmc chaque soir du quatorzième au vingt-quatrième jour. Le trentième, l'enfant sort guéri de l'hôpital.

J. Mouzon.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

R. Mancke et **K. Rohr.** ***L'épreuve de gélatine comme test clinique des fonctions hépatiques et ses relations avec le diagnostic moderne du foie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n° 3, 21 Décembre 1931). — M. et R. remarquent tout d'abord qu'actuellement on a tendance à faire le diagnostic fonctionnel du foie en étudiant simultanément toutes les fonctions partielles de cet organe, c'est-à-dire le métabolisme intermédiaire et ceux des hydrates de carbone, de la graisse et des albumines ainsi que le métabolisme de l'eau, etc.

La méthode de l'épreuve de gélatine utilisée a consisté à donner 50 gr. de gélatine dissoute dans 1/2 litre d'eau, le matin à jeun, après trois jours d'un régime pauvre en albumines et après avoir fait boire, la veille au soir, un litre d'eau. Dans quelques cas, la boisson de gélatine a été remplacée par un volume égal d'eau pure. Les résultats de cette épreuve ont été comparés avec ceux de l'épreuve du galactose selon R. Bauer ou avec ceux de l'épreuve de l'insuline-glucose-eau, selon Althausen et Mancke.

Les épreuves de gélatine ont confirmé d'abord que l'N aminé éliminé par l'urine varie avec le volume de l'urine. La concentration chez les sujets sains est de 25 milligr. pour 100 gr. et s'élève après épreuve de la gélatine à 28 milligr. En cas d'ictère catarrhal, cette épreuve se montre utile. Tandis que l'épreuve de la galactose permet simplement de constater l'existence d'une lésion parenchymateuse, celle de l'albumine permet de préciser le degré des lésions. On arrive ainsi à déterminer les cas limites d'ictère catarrhal qui se rapprochent de l'atrophie jaune aiguë du foie.

En cas de cirrhose du foie, l'épreuve de la galactose peut être complétée par l'épreuve de l'insuline et du glucose qui témoigne souvent d'un trouble marqué dans la cirrhose débutante. L'épreuve de la gélatine montre également l'existence de troubles fonctionnels, mais seulement lorsque l'affection est déjà bien nette. Néanmoins, cette épreuve peut concourir au diagnostic. En somme, pour M. et R., ces épreuves permettent de faire un diagnostic plus précoce et plus sûr de la cirrhose du foie.

P.-E. Morhardt.

O. Franke. ***Observations cliniques sur l'hypertonie et l'albuminurie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n° 3, 21 Décembre 1931). — F. expose les observations qu'il a faites au cours de dix ans sur un certain nombre de cas d'hypertension avec albuminurie. Les malades observés se divisent en deux groupes.

Dans le premier groupe qui comprend 95 sujets, il n'y avait pas de signes de lésions graves du rein. Sur ce nombre, il en est 15 qui étaient âgés de moins de 50 ans et dont aucun n'est mort pendant la période d'observation. Sur les 80 âgés de plus de 50 ans, il en est mort 30 dont 14 d'apoplexie, 8 d'affections intercurrentes, 6 d'insuffisance cardiaque, etc. Sur 93 cas d'hypertension chez des sujets âgés de plus de 60 ans et ne présentant pas d'albuminurie, il en est mort 6.

Dans un second groupe figurent des sujets atteints de néphrosclérose maligne au nombre de 98 dont 60 hommes et 38 femmes. Sur ces 98 cas, il en est mort 74 dont 38 d'urémie, 12 d'insuffisance cardiaque et 8 d'apoplexie, etc.

F. remarque, au point de vue du diagnostic des cas atteints de sclérose maligne des reins, que le pouvoir de concentration du rein a dépassé 1.021 dans 50 pour 100 des cas. L'urée du sang n'a pas non plus constitué un critérium sûr: dans 38 cas, elle a été inférieure à 50 milligr. Les constatations les plus importantes sont celles représentées par la rétinite albuminurique qui a été observée 47 fois. Dans 9 cas seulement, le fond de l'œil était normal et dans 18 cas il n'a pas été possible de faire d'observation à cet égard.

P.-E. Morhardt.

Joachim Sauer. ***Contribution au problème des effets du potassium*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n° 3, 21 Décembre 1931). — Chez un malade atteint de prurit s'accentuant très violemment à la chaleur du lit, S. a eu l'occasion, après avoir vainement essayé divers médicaments, d'administrer du bicarbonate de potassium qui a donné lieu à une amélioration importante. A la suite de ces constatations, il a fait prendre à une série de malades présentant un prurit analogue, une dose de 2 gr. 5 d'acétate de potassium par jour sous forme de potion. Les résul-

tats ont été toujours bons. De même dans une série de cas de lichen de Vidal, les résultats ont été également bons : au bout de huit jours, on a constaté une amélioration lente, puis la guérison en deux mois. Dans quelques cas, cependant, on a remarqué que vers le quinzième jour, il y avait tendance à la rechute et alors il a été donné du calcium qui a brusquement aggravé les choses, mais en même temps rendu plus sensible aux effets du potassium et alors la guérison est survenue. Au total, il a été traité 9 cas de lichen parmi lesquels 2 se sont montrés réfractaires.

Enfin, une série d'infirmières souffrant de prurit des mains à cause du contact avec des désinfectants ou avec de l'eau a bénéficié de cette thérapeutique : dans 6 cas, le prurit a disparu en quarante-huit heures.

Dans 2 cas de prurit avec ictère, les résultats ont été également nets.

A la suite de ces constatations cliniques, S. a procédé à une série de recherches expérimentales. Il a constaté que l'administration de potassium à la dose de 2 gr. 5 par jour fait augmenter nettement le potassium du sang. Corrélativement, il y a diminution du sodium du sang. Par contre, le taux du calcium n'est pas modifié. Il semble également que l'administration de potassium fasse augmenter cette substance dans le liquide céphalo-rachidien, mais moins que dans le sang. Enfin l'augmentation du potassium du sang, sous l'influence de cette thérapeutique, ne survient qu'après la disparition du prurit.

P.-E. Morhardt.

Th. Johannes. ***La signification de la chronaxie en médecine interne. Première communication; alimentation et neurorégulation*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n° 4, 8 Janvier 1932). — A l'état de jeûne, l'homme fournit moins de travail que quand il est bien nourri et tout travail des nerfs est influencé par l'état de l'organisme. C'est ce qui a amené J. à étudier la chronaxie des muscles de l'avant-bras avant et après ingestion d'aliment avec une technique dont il donne le détail. A jeun, la courbe montre des oscillations très irrégulières. On constate une véritable labilité de la chronaxie, tandis que celle de la rhéobase ressemble à ce qui s'observe au cours de la fatigue. Il semble qu'à ce moment, les fonctions des tissus ne soient pas complètement normales. Aussitôt après l'ingestion d'aliments, la courbe se modifie comme si l'organisme avait repris des forces : les contractions sont promptes, égales, faciles à déterminer et la courbe, par suite, beaucoup plus régulière. Si la quantité d'aliments ingérés est très petite, cet effet ne se fait sentir que pendant peu de temps, trois quarts d'heure par exemple. L'administration d'aliments par la sonde gastrique ou par le rectum a des effets analogues.

Si on fait boire 1.000 à 1.500 cmc d'eau, on constate que la courbe n'est pas modifiée d'une façon nette et durable comme après l'ingestion d'aliments. L'hyperventilation provoque une élévation marquée de la chronaxie.

Chez des sujets atteints d'ulcère gastrique ou duodénal, l'ingestion d'aliments, au lieu de régulariser la courbe de la chronaxie, la rend, au contraire, plus variable comme si un repas se montrait alors capable de faire souffrir l'organisme et de le rendre encore moins capable de travailler que normalement.

P.-E. Morhardt.

Th. Johannes. ***La signification de la chronaxie en médecine interne. Deuxième communication*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n° 4, 8 Janvier 1932). — J. a également étudié la chronaxie au cours de la stase d'un membre. Il a constaté que les valeurs augmentent nettement, non seulement dans le membre dans lequel la stase est produite, mais encore dans l'autre membre et aux jambes. L'augmentation peut atteindre 50 pour 100 au cours de cinq minutes. La courbe des valeurs ainsi obtenues dans l'autre membre est caractérisée par des oscillations témoignant d'une certaine labilité.

La forme de la courbe obtenue dans ces conditions n'est pas la même pour tous les muscles. Ainsi, par exemple, la courbe des jambes est à la fois plus aplatie et plus longue que celle des bras. Ces formes caractéristiques ne sont pas modifiées si la stase est pratiquée dans les jambes, au lieu du bras. Dans ce cas, en effet, les muscles du bras réagissent par une élévation plus marquée et plus précoce de la chronaxie. On constate également une réaction au niveau des muscles de la face et des petits muscles de la main. Il arrive que tout de suite après avoir posé la ligature, il survienne un abaissement primitif et passager des valeurs, suivi d'une augmentation ultérieure.

J. considère que ces phénomènes doivent s'expliquer par un grand nombre de régulations particulières au milieu desquelles il est difficile de mettre de l'ordre et une unité. Mais, il faut admettre que cette régulation est réalisée par le système nerveux qui réunit en un tout la multiplicité fonctionnelle des organes.

P.-E. Morhardt.

Hermann Paal. ***Hémiatrophie linguale*** (*Deutsche Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n° 4, 8 Janvier 1932). — P. donne trois observations d'hémiatrophie linguale due, dans les trois cas, à une affection unilatérale des rameaux linguaux de l'hypoglosse. L'atrophie a atteint surtout la moitié antérieure de la langue. La mobilité de l'organe n'a pas été modifiée et l'affection n'entraînait aucune gêne subjective. L'excitabilité a été nettement diminuée dans un cas et très peu dans les deux autres, mais sans réaction de dégénérescence. Il n'a pas été constaté de troubles dans la perception des saveurs.

P. discute ensuite les diverses formes de paralysie de l'hypoglosse. Il remarque qu'il existe des paralysies centrales et que les paralysies périphériques, considérées comme beaucoup plus rares, peuvent être dues, soit à une compression dans la fosse postérieure de la base du crâne, soit encore à une affection de l'hypoglosse lui-même comme, par exemple, à une lésion du noyau de ce nerf. Mais, en général, il s'agit de paralysies toxiques par l'alcool ou par la nicotine ou encore par une infection. C'est alors la diphtérie qui intervient le plus souvent. Mais le tétanos, la rage, la scarlatine, le rhumatisme ont été signalés.

Dans les trois cas de P., il faut admettre l'existence d'une névrite dont l'origine n'a pas pu être déterminée dans un des cas et qui, dans les deux autres, doit être rattachée à des lésions inflammatoires de la bouche et du pharynx.

P. rapproche ces paralysies de celles du récurrent qui s'observent souvent sans qu'on puisse en retrouver facilement la cause et de celles du voile du palais, signalées par Lévy du Pan après des angines.

P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

Guth. ***Zona et varicelle*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIII, n° 48, 28 Novembre 1931). — La question des rapports du zona et de la varicelle soulève toujours des discussions passionnées entre unicistes et dualistes. Aussi doit-on accumuler les observations cliniques.

G. a observé un homme de 40 ans qui présenta le 28 Mai un zona thoracique gauche dans la région de Dv-Dvii, l'éruption était accompagnée de douleurs névralgiques ; le 30 Mai, les vésicules du dos devinrent gangreneuses. Le 1er Juin, des vésicules transparentes apparurent sur fond rouge sur tout le tronc, les extrémités et la face ; les muqueuses et les conjonctives étaient respectées. Le lendemain, la dessiccation commença. Le 15 Juillet, on constata des cicatrices pigmentées au niveau des premières vésicules thoraciques, les vésicules secondaires n'avaient au contraire pas laissé de traces.

Le 13 Juin, c'est-à-dire seize jours après l'apparition du zona, l'enfant du malade, âgé de 23 mois, était atteint de varicelle, avec fièvre légère.

Le père déclara qu'il avait pris souvent l'enfant dans son lit, quand celui-ci pleurait.

R. Burnier.

Nobl et **Wolf.** ***Traitement sclérosant des varices par la glycérine*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIII, n° 48, 28 Novembre 1931). — Parmi les nombreux médicaments susceptibles d'amener la sclérose des parois veineuses, Jausion a signalé les bons effets de la glycérine.

N. et W. employèrent cette méthode en injectant 5 cmc, parfois 10 et même 20 cmc de la solution : glycérine officinale 126 gr. ; eau distillée, 200 gr.

Les injections sont ordinairement bien supportées et les résultats furent favorables dans 1/3 des cas environ. Parmi les cas qui résistèrent à la glycérine, N. et W. conseillent d'employer les solutions hypertoniques de glucose à 66 pour 100, qui donnent également de bons résultats.

R. Burnier.

Schwarzmann. ***Traitement de l'eczéma et du prurit cutané par l'extrait de muscle*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIV, n° 3, 10 Janvier 1932). — S. estime que l'extrait musculaire exerce une action sur les centres du système nerveux végétatif et il le préconise contre les douleurs de l'angine de poitrine, les palpitations, la constipation spasmodique, l'insomnie, l'excitabilité des vaso-dilatateurs.

Il a employé cet extrait musculaire, soit en gouttes par la bouche, soit en injections sous-cutanées, dans 16 cas d'eczéma, et 7 prurits ; dans tous les cas, soit aigus, soit chroniques, il a noté une amélioration rapide des démangeaisons et des lésions cutanées et même leur disparition.

R. Burnier.

Boas et **Tölböll.** ***Une injection de sérum antidiphtérique peut-elle amener une séro-réaction syphilitique positive chez un non syphilitique?*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIV, n° 5, 30 Janvier 1932). — On a accusé l'injection de sérum antidiphtérique de transformer une réaction syphilitique négative en réaction positive ; les cas concerneraient surtout la réaction de Meinicke, puis le Sachs-Georgi, le Kahn, plus rarement le Wassermann.

Sur 100 malades examinés par B. et T. au point de vue réaction syphilitique, avant et après l'injection de sérum antidiphtérique, on nota seulement une malade qui huit jours après l'injection de sérum présenta un Wassermann ++ et un Kahn ++. Six jours plus tard, ces deux réactions positives avaient disparu.

R. Burnier.

THE LANCET

(Londres)

C. Ungley. ***Action du régime à base de cervelle sur la dégénérescence subaiguë combinée de la moelle*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5657, 30 Janvier 1932). — U. a traité par ingestion de cervelle crue et fraîche plusieurs malades atteints de dégénérescence subaiguë de la moelle, dont l'état n'avait pas été amélioré par

le régime de Whipple. La dose quotidienne fut de 500 gr. environ.

Les résultats furent encourageants: les malades, auparavant confinés au lit, furent tous capables de marcher sans aide après un traitement de 8 à 10 semaines. L'incoordination et l'atonie s'améliorèrent grandement, ainsi que l'astéréognosie dans deux cas. Au cours de ce traitement, le chiffre des globules rouges diminua légèrement, en moyenne de 800.000 en 2 à 6 mois. Le tissu cérébral ne possède donc pas une action antianémique aussi marquée que celui du foie.

R. Rivoire.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos Aires)

J. et C. Filer. ***L'encéphalite aiguë au cours de la fièvre typhoïde*** (*Prensa Medica Argentina*, tome XVIII, n° 13, 10 Octobre 1931). — J. et C. F. rapportent une observation d'encéphalite aiguë typhique. A cette complication, bien plus rare que le méningo-typhus, divers auteurs avaient depuis la guerre assigné les particularités suivantes: atteinte psychique allant de la somnolence au coma, lésions nucléaires portant sur les dernières paires craniennes, hypertonie.

Au 11e jour de la typhoïde du malade de J. et C. F., apparaissent des dysesthésies dans un membre, une paralysie faciale; puis le lendemain, une hypertonie généralisée du type pyramidal, accompagnée de trismus, de paralysie pupillaire; l'inconscience est absolue; le liquide céphalo-rachidien clair, sous tension normale, normal à l'examen chimique et cytologique.

Un tel tableau traduit-il un trouble toxique ou inflammatoire des cellules nerveuses? Les deux hypothèses trouvent des défenseurs; J. et C. F. ne purent malheureusement pratiquer l'autopsie de leur malade.

L'encéphalite typhique comporte un pronostic très sombre; quand la guérison la termine, des séquelles importantes sont à craindre.

Georges d'Heucqueville.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos Aires)

P. Cossio. ***Le télotisme unilatéral dans l'angine de poitrine*** (*La Semana Medica*, tome XXXVIII, n° 1974, 12 Novembre 1931). — C., à la recherche de signes objectifs caractérisant l'angine de poitrine organique, attire l'attention sur un réflexe télotique unilatéral: la propulsion spontanée du mamelon gauche.

Il rapporte 5 observations d'angines de poitrines authentiques, au cours desquelles il put noter ce signe et déterminer avec précision ses caractères.

Il classe le phénomène dans les réflexes viscéromoteurs (interno-ceptifs de Sherrington). Il s'accompagne d'hyperesthésie cutanée dans le métamère correspondant. Le syndrome: douleur cardiaque — hyperesthésie cutanée — contracture mamillaire, *de l'angor*, est superposable au syndrome: douleur abdominale — hyperesthésie — contracture pariétale, *de l'appendicite*.

Georges d'Heucqueville.

G. Bosch et A. Mo. ***Traitement de la paralysie générale progressive par la diathermie*** (*La Semana Medica*, tome XXXVIII, n° 1974, 12 Novembre 1931). — B. et M. passent en revue les diverses méthodes pyrétothérapiques utilisées à ce jour. Deux auteurs, I. Cash King et Edwin W. Cook, considèrent que le caractère commun, l'effet essentiel de toutes ces méthodes, est d'élever la température du corps: l'équilibre thermique est perturbé, la chaleur produite surpassant la chaleur rayonnée. Il serait possible d'obtenir le même résultat en faisant parcourir, par un courant de haute fréquence, le sujet soigneusement isolé thermiquement.

Des essais ont été entrepris d'abord sur des chiens. La technique peut être appliquée à l'homme sous réserve des contre-indications suivantes: cachexie, cardiopathies, insuffisance rénale, lésions cutanées. Le dispositif qu'emploient B. et M. (électrodes recouvrant la surface presque entière du sujet) permet d'atteindre en vingt minutes les températures de 40° et 40°5.

B. et M. rapportent les résultats d'une première enquête sur trois lots de 50 paralytiques généraux, respectivement soumis à la pyrétothérapie par la malaria, le sodoku et la diathermie. Les *guérisons sociales*, pour ne prendre que ce seul élément de comparaison, ont été de 24 pour 100 dans la nouvelle méthode contre 22 pour 100 et 8 pour 100 dans les autres.

Ces chiffres, s'ils étaient confirmés, autoriseraient son emploi exclusif en pyérothérapie.

Georges d'Heucqueville.

P. Escudero et G. Peco. ***La gangrène des membres chez les diabétiques*** (*La Semana medica*, tome XXXVIII, n° 1980, 24 Décembre 1931). — E. et P. présentent une étude très complète de la gangrène diabétique, étude qui repose sur l'observation de 58 cas (38 hommes et 20 femmes). Ces malades forment 3,5 pour 100 du nombre total des diabétiques traités à la clinique médicale du professeur E.; leur âge moyen est de 59 ans. La moitié d'entre eux ignoraient leur diabète un an avant l'apparition de la gangrène.

L'oscillométrie, pratiquée sur le membre malade et son symétrique, a donné les résultats suivants (49 mesures au tiers inférieur de la jambe): absence d'oscillations bilatérales, 53 pour 100; oscillations minimes des deux côtés, 35 pour 100; réduction unilatérale, 6 pour 100; oscillations normales, 6 pour 100.

Quelle que soit la forme revêtue par la gangrène (sèche, humide, infectée, gazeuse), il s'agit d'une lésion d'*artério-sclérose* due à l'*action directe du sang hyperglycémique sur les tuniques vasculaires*.

Parmi les agents thérapeutiques préventifs, E. et P. retiennent surtout: la mobilisation des membres par les exercices de Buerger; le massage, le citrate de soude, le nitrite de soude, l'acétylcholine. L'amputation devra être large, précoce, le malade ayant été l'objet d'une médication préparatoire. Quant à la surrénalectomie, la sympathicectomie, chirurgies à distance, ils ne les conseillent qu'avec réserve.

Georges d'Heucqueville.

P. Escudero et G. S. Ortiz. ***Les gangrènes non diabétiques des membres; étude clinique*** (*La Semana medica*, tome XXXVIII, n° 1980, 24 Décembre 1931). — 10 pour 100 du nombre total des cas de gangrènes observés par E. et O. n'étaient pas diabétiques. Sur les 6 cas rapportés, 4 appartiennent à l'artérite thrombosante de Burger, un à la gangrène sénile, et le dernier reconnaît pour cause une oblitération artérielle aiguë.

L'étiologie de la première affection est encore mal connue. La syphilis, l'intoxication tabagique, la station debout professionnelle n'expliquent pas tous les cas. L'évolution se fait en deux temps: 1° claudication intermittente; 2° douleurs permanentes.

Les auteurs ignorent aussi l'étiologie de la forme aiguë dont ils ont observé un cas.

Tous les malades d'E. et O., amputés, ont guéri.

Georges d'Heucqueville.

C. Floriani. ***La pression veineuse dans la tuberculose pulmonaire*** (*La Semana medica*, tome XXXVIII, n° 1981, 31 Décembre 1931). — La physiologie de la pression veineuse, ses troubles sous l'influence des maladies cardio-vasculaires, pleuro-pulmonaires, hépatiques, rénales, etc., constituent un champ d'investigation récemment ouvert.

La pression veineuse s'apprécie soit *indirectement* (en exerçant sur la veine, à travers les téguments, une pression connue), soit *directement* (par ponction, en reliant l'aiguille à un manomètre). Schématiquement, elle s'exprime par une hauteur d'eau voisine de la hauteur de mercure qui mesure la tension artérielle.

Cette pression est influencée par des contractions des ventricules droit et gauche, la contractilité des vaisseaux périphériques, l'action des valvules veineuses. La vaso-constriction pulmonaire, provoquée par l'histamine, élève la pression veineuse. L'adrénaline l'élève aussi; l'hypophyse, l'hamamélis la diminuent. La menstruation paraît l'augmenter chez les tuberculeuses.

F. rapporte ses mesures chez 54 tuberculeux pulmonaires: il a trouvé 26 cas d'hypotension, 28 d'hypertension.

La pression veineuse lui semble capable d'apporter les renseignements suivants pour le diagnostic et le pronostic:

1° La pression veineuse s'élève quand la tuberculose ulcéro-caséeuse se complique d'insuffisance cardiaque.

2° Elle s'élève dans la granulie, s'abaisse dans la pneumonie tuberculeuse.

3° Elle demeure haute dans les formes fibreuses et le pneumothorax.

4° Des valeurs anormales persistantes de la pression veineuse, excessives ou insuffisantes, doivent faire réserver le pronostic.

5° Au contraire, une pression trop basse, qui remonte à la normale, est de bon pronostic.

Georges d'Heucqueville.

A FOLHA MEDICA
(Rio-de-Janeiro)

A. Valerio. ***Le traitement des orchi-épididymites par les injections intra-orchi-épididymaires du sang du sujet*** (*A Folha Medica*, tome XII, n° 33, 25 Novembre 1931). — On a traité l'orchite aiguë gonococcique par de nombreuses méthodes: stock-vaccins, sérums, diathermie, rayons ultra-violets, auto-hémothérapie.

V. apporte 150 cas soumis à une nouvelle méthode: l'injection intra-orchi-épididymaire du sang du sujet (120 malades d'hôpital, 30 malades privés; 118 lésions à gauche, 32 à droite, 6 bilatérales; 22 cas d'associations microbiennes). Ces 150 malades ont été guéris intégralement.

Il extrait 1 cmc de sang de la veine du pli du coude. Il l'injecte sans anesthésie ni analgésie en plein centre du foyer inflammatoire; l'injection est répétée 6 à 8 fois, au rythme d'une tous les deux jours.

Dès la troisième injection, l'on assiste d'ordinaire à la résorption du foyer. V. n'a jamais dû dépasser 8 injections. Ces résultats sont d'autant plus intéressants qu'il ne signale aucun accident survenu au cours de ces 150 traitements.

Georges d'Heucqueville.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

L. Barenberg et J. Lewis. ***Les relations entre la vitamine A et les infections respiratoires chez l'enfant*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 3, 16 Janvier 1932). — Depuis quelques années, on tend à faire jouer un rôle important à la vitamine A dans l'immunité, ou plus exactement à la carence en vitamine A, dans la susceptiblité aux infections, particulièrement à la suite des travaux de Mellanby et Green. Clausen a émis l'hypothèse que la grande susceptibilité des enfants vis-à-vis des infections respiratoires serait due à une insuffisance en vitamine A. Pour vérifier ou infirmer cette hypothèse, B. et L. ont traité un grand nombre d'enfants par

des doses quotidiennes importantes d'huile de foie de morue, et ont surveillé l'apparition des infections respiratoires. Par comparaison avec les enfants au régime normal, la fréquence des infections est tout à fait comparable, peut-être même un peu plus forte, surtout en cas de très fortes doses d'huile de foie de morue.

Cette expérience montre à l'évidence que la déficience en vitamine A n'est certainement pas le facteur essentiel dans la prédisposition infantile aux infections respiratoires. R. Rivoire.

Reed, Anderson, David et **Leake.** ***Le carbarsone dans le traitement de l'amibiase*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 3, 16 Janvier 1932). — Le carbarsone est un arsenical pentavalent qui est préconisé depuis quelque temps pour le traitement de l'amibiase. Assez proche parent du stovarsol, il en diffère par une toxicité beaucoup plus faible : il contient cependant comme lui un groupe aminé substitué en position para, et peut donc avoir également une action toxique sur le nerf optique, bien qu'aucun cas de ce genre n'ait été encore observé. Expérimentalement, le carbarsone est plus amébicide que le stovarsol.

R., A., D. et L. ont traité par le carbarsone, 40 malades atteints d'amibiase. La dose employée fut de 75 milligr. par kilogramme, divisée en dix doses journalières, absorbées par voie buccale. L'action amébicide du traitement fut vérifiée par de multiples examens des fèces ; autant qu'il soit possible de se baser sur la disparition des amibes dans les matières pour affirmer la guérison, celle-ci fut observée dans 37 cas ; les trois malades n'ayant pas guéri n'avaient eu qu'un traitement insuffisant. Cette disparition des amibes persista dans chaque cas jusqu'à la fin de l'observation des sujets, plusieurs mois après le début du traitement.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

D. Mc Eachern et **B. M. Baker.** ***La fibrillation auriculaire; son étiologie, l'âge auquel elle survient et sa production par la médication digitalique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 1, Janvier 1932). — M. et B. ont étudié 575 cas de fibrillation auriculaire confirmée par l'électrocardiographie.

Les malades se divisent en plusieurs groupes : malades porteurs de cardiopathies rhumatismales, les plus nombreux (35 pour 100 du total) ; artério-scléreux non hypertendus (31 pour 100) ; hypertendus ; scléreux pulmonaires ; enfin malades atteints d'affections cardio-vasculaires d'origine syphilitique, qui ne représentent que 3 pour 100 du total des cas, proportion évidemment très faible.

L'âge auquel apparaît la fibrillation auriculaire correspond étroitement à celui où se montre l'insuffisance myocardique résultant des cardiopathies rhumatismales et dégénératives. Le maximum se rencontre entre 50 et 60 ans dans cette série de cas. Les exemples de fibrillation auriculaire dans les dix premières années de la vie sont rares ; néanmoins M. et B. en rapportent 3 cas. Le pronostic est toujours fort grave en l'occurrence.

Dans 9 cas, la fibrillation auriculaire semble bien avoir été provoquée par un traitement digitalique fait à doses élevées. Il s'agissait d'asystoliques graves dont les électrocardiogrammes montraient un rythme sinusal normal lors de leur entrée à l'hôpital et qui présentèrent après administration de digitale de la fibrillation auriculaire accompagnée de modifications de l'onde T attribuables à ce médicament. Dans la moitié des cas, le rythme anormal ne se rétablit pas à la suite de la suspension du traitement. L'état des patients ne sembla aucunement modifié par l'apparition de la fibrillation ; il est vrai que la médication digitalique fut cessée assez vite. P.-L. Marie.

W. Stroud, L. B. Laplace et **J. A. Reisinger.** ***Etiologie, pronostic et traitement de la fibrillation auriculaire*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 1, Janvier 1932). — S., L. et R. se sont efforcés dans une série de 253 cas de fibrillation auriculaire de déterminer les facteurs étiologiques principaux, le pronostic basé sur l'étiologie, l'âge et l'étendue des lésions cardiaques, enfin les mérites respectifs de la digitale et de la quinidine.

Parmi cette importante série de malades, ils n'ont pas pu mettre en évidence de facteurs étiologiques communs. Ils n'ont pas l'impression que la présence de la fibrillation auriculaire implique un pronostic nécessairement plus mauvais que celui qu'on peut faire pour un cœur sans fibrillation à lésions cardio-vasculaires équivalentes.

Dans cette série l'âge moyen du début de la fibrillation auriculaire consécutive à une atteinte de rhumatisme articulaire aigu fut 39 ans. Le pronostic est très mauvais chez les patients de ce genre qui présentent de la fibrillation auriculaire avant 25 ans. Parmi les 65 malades ayant eu des manifestations de rhumatisme cardio-vasculaire avant 25 ans, 86 pour 100 eurent de la fibrillation auriculaire avant 40 ans et 88 pour 100 succombèrent avant 53 ans.

Parmi le groupe des artério-scléreux indemnes de rhumatisme, la fibrillation auriculaire débuta en moyenne à 59 ans. Parmi les 88 cas de ce genre, aucun n'a commencé à avoir de la fibrillation avant 40 ans et 72 pour 100 n'en eurent qu'après 53 ans. L'étiologie, rhumatismale ou artério-scléreuse, ne joue qu'un faible rôle dans le pronostic ; ce qui importe surtout, c'est l'âge auquel se montre la fibrillation ; entre 25 et 65 ans, le pronostic est meilleur ; en deçà et au delà de ces deux limites, il est grave.

Dans le groupe des fibrillations auriculaires d'étiologie variée, il faut faire une place spéciale à celle qui accompagne l'hyperthyroïdie. Elle guérit d'ordinaire spontanément à la suite de la thyroïdectomie partielle, et, dans le cas contraire, elle se laisse influencer promptement par la quinidine après l'intervention.

On trouve assez rarement la fibrillation auriculaire associée aux affections cardio-vasculaires d'origine syphilitique.

Du point de vue thérapeutique, c'est la médication digitalique qui donne les résultats les plus satisfaisants. Il est exceptionnel que la restauration du rythme sinusal normal au moyen de la quinidine ait été apparemment plus profitable au malade que le traitement digitalique continu.

Bien qu'il semble que le traitement par la quinidine n'offre que peu de risques dans les cas convenablement choisis de fibrillation auriculaire, les auteurs pensent que ce médicament ne doit être utilisé que chez les sujets relativement jeunes, assez rares, n'ayant que peu ou pas d'anomalies cardio-vasculaires autres que l'arythmie, ou chez les hyperthyroïdiens à la suite de la thyroïdectomie quand le rythme cardiaque normal ne s'est pas rétabli spontanément. P.-L. Marie.

R. H. Major. ***Facteurs chimiques réglant la pression sanguine*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 1, Janvier 1932). — La seule substance hypertensive dont la présence dans l'organisme ait été démontrée avec certitude est l'adrénaline. Il est possible qu'il existe aussi dans l'organisme des composés de la guanidine capables d'augmenter la pression artérielle, mais leur présence n'a pas été encore établie de façon incontestable. Néanmoins, il est intéressant de signaler que M. a trouvé la réaction colorée de la guanidine dans le sang de tous les malades atteints d'hypertension artérielle et de néphrite chronique avec hypertension qu'il a examinés alors que cette réaction faisait défaut chez les sujets dont la pression était normale. De plus, M. a vu que bien des hypertendus excrètent difficilement la méthyl-guanidine. Malheureusement, nos méthodes de dosage de la guanidine et de ses dérivés sont encore très imparfaites et il faut attendre des preuves nouvelles de l'existence de ces substances dans l'organisme avant d'affirmer leur rôle dans l'hypertension.

On a démontré l'existence de plusieurs substances hypotensives dans l'économie. On a pu isoler l'histamine, la choline, l'acétylcholine, l'acide adénylique et l'adénosine. L'histamine, trop toxique, ne peut être employée thérapeutiquement, bien que ce soit un hypotenseur très puissant. A côté de ces substances, M. pense qu'il en existe encore d'autres dont l'une, très puissante, existerait dans certains extraits de foie et dans le cerveau. Mais il n'a pas pu encore l'identifier ; en tout cas, elle ne se confond pas avec l'histamine. L'étude de ces substances hypotensives et de leur rôle physiologique réclame de nouvelles recherches, mais promet de féconds résultats.

P.-L. Marie.

C. H. Greene, L. G. Rowntree, W. W. Swingle et **J. J. Pfiffner.** ***Etude du métabolisme dans la maladie d'Addison; effet du traitement par l'hormone corticale surrénale*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 1, Janvier 1932). — G., R., S. et P ont étudié les modifications du chimisme et du métabolisme chez les addisoniens ainsi que l'influence de l'administration de l'hormone corticale surrénale sur les troubles du métabolisme.

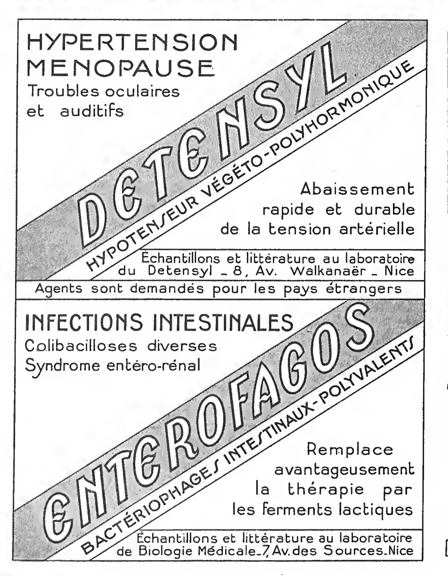
S'appuyant sur 125 cas observés à la clinique Mayo, ils montrent que l'évolution de la maladie d'Addison peut schématiquement être divisée en trois périodes : stade de destruction commençante des surrénales peu caractérisé cliniquement ; stade où le syndrome addisonien est reconnaissable ; stade terminal ou période des crises.

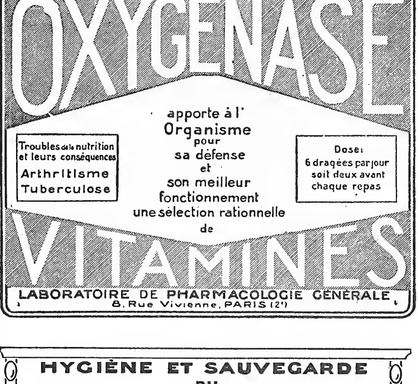
D'ordinaire, la maladie n'est reconnue qu'au second stade. A ce moment, on constate généralement une diminution du poids, de l'asthénie et des troubles nets de la nutrition. Le taux du métabolisme basal est légèrement diminué et la glycémie est un peu abaissée. Le traitement par l'hormone surrénale permet de combattre ces troubles qui s'accentuent dans les périodes de crise. La quantité des divers constituants de l'urine correspondit aux taux les plus bas des quantités considérées comme normales. Dans un très grand nombre de cas on constata de la créatinurie. Dans un cas, on trouva pratiquement une rétention de tous les constituants urinaires au cours d'une période d'oligurie. Le bilan azoté de tous les malades qui perdaient du poids fut trouvé négatif. La majorité des malades traités par l'hormone surrénale gagnèrent du poids, leur bilan azoté devenant très positif.

La période des crises est caractérisée par des débâcles gastro-intestinales, des nausées, des vomissements, des douleurs, du collapsus circulatoire, une hypotension prononcée, de la déshydratation et de l'insuffisance rénale. Le chimisme est dominé à cette période par ces deux derniers phénomènes. Pendant les crises, l'usage de l'hormone corticale amène la diminution des nausées et des vomissements, ce qui facilite beaucoup l'administration de quantités suffisantes de liquide qui a un effet favorable sur l'évolution de la crise.

Les auteurs insistent sur le peu de troubles chimiques et métaboliques qui peuvent être attribués exclusivement à l'insuffisance surrénale dans la maladie d'Addison. Ils sont difficiles à mettre en évidence. Pour apprécier l'activité des préparations commerciales d'hormone surrénale, mieux vaut utiliser la propriété que possède cette hormone de prolonger indéfiniment la vie des chats ayant subi la surrénalectomie bilatérale.

P.-L. Marie.


HYPERTENSION
MENOPAUSE
Troubles oculaires
et auditifs
DETENSYL
HYPOTENSEUR VÉGÉTO-POLYHORMONIQUE
Abaissement
rapide et durable
de la tension artérielle
Échantillons et littérature au laboratoire
du Detensyl _ 8, Av. Walkanaër _ Nice
Agents sont demandés pour les pays étrangers
INFECTIONS INTESTINALES
Colibacilloses diverses
Syndrome entéro-rénal
ENTEROFAGOS
BACTÉRIOPHAGES INTESTINAUX-POLYVALENTS
Remplace
avantageusement
la thérapie par
les ferments lactiques
Échantillons et littérature au laboratoire
de Biologie Médicale_7, Av. des Sources_Nice


OXYGENASE
apporte à l'
Organisme
pour
sa défense
et
son meilleur
fonctionnement
une sélection rationnelle
de
Troubles de la nutrition
et leurs conséquences
Arthritisme
Tuberculose
Dose:
6 dragées par jour
soit deux avant
chaque repas
VITAMINES
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, Rue Vivienne, PARIS (2e)


HYGIÈNE ET SAUVEGARDE
DU
FOIE
PAR LA
BOLDORHÉINE
MODE D'EMPLOI
En petites capsules ovoïdes,
aux repas avec une gorgée d'eau
DOSE
2 à 4 par jour par périodes
alternées de 8 à 10 jours
Insuffisances hépatiques légères dans
toutes leurs formes avec ou sans ictère,
avec ou sans lithiase.— Foie Paludéen
Laboratoire de Pharmacologie Générale. 8, rue Vivienne PARIS (IIe)

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

E. Rist et **P. Véran**. ***Les épanchements de substitution du pneumothorax artificiel*** (*Paris Médical*, tome XXII, n° 1, 2 Janvier 1932). — Les épanchements de substitution du pneumothorax artificiel sont des pleurésies qui se développent dans un délai variable — plusieurs mois ou plusicurs années — après résorption complète de la poche gazeuse. Ils diffèrent des pleurésies *a vacuo* qui se reproduisent dans certaines plèvres inextensibles lorsqu'on espace les insufflations et des exsudats résiduels dits de relâchement qui augmentent chaque fois qu'on espace les insufflations et peuvent faire reculer indéfiniment l'interruption souhaitée du collapsus.

Sur 226 cas de pneumothorax interrompus depuis 1 à 13 ans, R. et V. ont observé 14 fois ces pleurésies, c'est-à-dire dans 6 pour 100 des cas. L'apparition est survenue entre 2 mois et 3 ans après les résorptions radiologiquement vérifiées du pneumothorax, 7 observations succinctes sont rapportées.

Le début est très insidieux, la dyspnée d'effort manque le plus souvent. L'état général est souvent florissant. Le volume de la pleurésie répond à celui de la cavité pneumothoracique antérieure; il peut être considérable. Le pronostic de ces épanchements paraît bénin. En aucun cas, on n'a vu se réveiller la tuberculose pulmonaire.

Non ponctionné, l'épanchement peut se résorber en quelques mois, ou demeurer longtemps stationnaire. Ponctionné, il peut se reproduire ou non ou devenir puriforme. La nature tuberculeuse des épanchements de substitution est démontrée par l'inoculation aux cobayes qui reproduit la tuberculose caséeuse type Villemin ou la tuberculose ganglionnaire type ultra-virus.

L'examen cytologique des épanchements de substitution montre leur caractère peu inflammatoire: éléments cellulaires très rares, moins de 25 gr. d'albumine par litre.

La connaissance de ces épanchements doit les faire rechercher chez tout ancien porteur de pneumothorax. Il ne faut pas confondre l'opacité de la pleurésie avec celle d'un fibrothorax ou d'une pachypleurite sèche. S'ils sont très abondants, il peut être indiqué de les évacuer et de reprendre temporairement le pneumothorax. Les épanchements purulents seront étroitement surveillés. On pourra être amené à instituer un oléothorax temporaire pour empêcher la reproduction de l'exsudat.

Robert Clément.

M. Léon-Kindberg. ***La collapsothérapie bilatérale dans la tuberculose pulmonaire*** (*Paris Médical*, tome XXII, n° 1, 2 Janvier 1932). — Les succès de la collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire ont incité à en étendre le domaine. Longtemps, l'existence de lésions bilatérales a paru un obstacle invincible, mais la pratique du pneumothorax alterne força l'assentiment des physiologues. Actuellement, un fait est incontestable: le pneumothorax bilatéral simultané, non seulement est possible, mais peut se réaliser sans dommages immédiats, sans même s'accompagner de dyspnée pénible. Certains malades supportent le double collapsus avec une aisance vraiment déconcertante. Pourtant, les collapsus ne sont pas forcément électifs et on a pu voir à l'écran des malades à peine dyspnéiques ne présentant plus que des moignons pulmonaires.

A côté des cas heureux, il en est d'autres où la création du second collapsus s'accompagne des symptômes les plus pénibles et provoque une aggravation incontestable. Avant d'établir un pneumothorax bilatéral, il faut en poser soigneusement les indications.

La première indication est la bilatéralisation des lésions pulmonaires au cours du pneumothorax thérapeutique. Quelle qu'en soit la forme anatomique, la lésion est d'autant plus sérieuse qu'elle est plus précoce. Le pneumothorax n'est souvent qu'une tentative désespérée. Il ne faut pas cependant dès la moindre constatation d'un fléchissement du côté sain se précipiter pour établir un deuxième pneumothorax que l'on peut parfois éviter.

Les indications du pneumothorax bilatéral d'emblée sont beaucoup plus délicates à poser: les lésions ulcéreuses localisées sont les plus favorables; les lésions nodulaires diffuses, les infiltrations étendues, les plus redoutables.

On a même proposé le pneumothorax bilatéral préventif après l'accouchement, la décompression brusque du thorax jouant peut-être un rôle dans le développement brutal de la tuberculose postpartum.

La technique ne présente rien de particulier, les complications sont les mêmes que celles du pneumothorax unilatéral.

Il est difficile d'apprécier dès maintenant les résultats. Sur 26 cas personnels, K. considère 7 cas comme des guérisons complètes, 6 sont en cours de traitement avec un pronostic incertain.

Robert Clément.

M. et **G. Mozer** (Berck). ***Facteurs saisonniers et évolution de tuberculoses externes; l'action des maladies infectieuses, d'une intervention chirurgicale et des facteurs saisonniers sur l'évolution des tuberculoses externes*** (*Paris Médical*, tome XXII, n° 1, 2 Janvier 1932). — Etude apportée sur les suites de 96 rougeoles, 131 coqueluches, 79 scarlatines, survenues pendant 1 à 3 ans après la maladie infectieuse, sur les tuberculoses externes soignées à l'hôpital de Berck. A part les poussées infectieuses non tuberculeuses au niveau des abcès dans la rougeole et dans la scarlatine et quelques rares localisations pulmonaires graves au décours de la coqueluche, le rôle des maladies infectieuses apparaît de faible importance dans l'évolution des tuberculoses externes. Il faut cependant retenir une méningite tuberculeuse après la rougeole, une granulie et 3 broncho-pneumonies tuberculeuses après la coqueluche, une granulie après la scarlatine.

Sur plus de 3.000 interventions sanglantes pour tuberculose externe pratiquées dans les 10 dernières années, il faut retenir comme conséquence 2 méningites tuberculeuses et une hémoptysie, survenues entre le 15e et le 28e mois. Une intervention sanglante pratiquée sur des lésions jeunes, diffuses, mal limitées, chez des sujets fatigués, fébricitants, présentant l'aspect clinique de bacillémiques, est susceptible de déterminer une généralisation tuberculeuse; pratiquée au moment opportun, elle semble inoffensive.

Il y a à Berck des années à méningites: il serait intéressant d'étudier les facteurs climatiques particuliers à ces années. L'influence saisonnière est indéniable, les méningites tuberculeuses s'observant presque toujours en Janvier, Février, Mai, avec recrudescence légère en automne. Les cas surviennent toujours groupés; parfois, 5, 6 méningites surviennent à quelques jours d'intervalle, puis, pendant 2 ou 3 mois, aucun cas n'apparaît. L'influence saisonnière est nette également sur les poussées locales des tuberculoses externes. A certaines époques de l'année, le pourcentage de bacilles de Koch dans le pus est beaucoup plus élevé qu'à d'autres, ce qui est un argument en faveur de l'action du facteur saisonnier sur le microbe lui-même.

Robert Clément.

LE JOURNAL MEDICAL FRANÇAIS (Paris)

Ch. Broquet. ***Enquête sur l'efficacité de la sérothérapie antiméningococcique en France*** (*Le Journal Médical Français*, tome XX, n° 12, Décembre 1931). — B. a passé en revue les statistiques récentes et les a comparées aux plus anciennes pour juger la valeur actuelle de la sérothérapie.

Les différentes statistiques ne font apparaître nettement ni la prédominance, ni la virulence spéciale d'un type de méningocoque.

Dans l'armée et la marine de guerre, le pourcentage de la mortalité globale moyenne est de 35,7 en tenant compte de l'épidémie particulièrement grave de purpura fulminans de Saint-Hippolyte-du-Fort dans laquelle apparaît d'ailleurs d'une manière très frappante le bénéfice de la sérothérapie précoce. Le pourcentage de mortalité s'abaisse à 16,66 pour l'ensemble des 5 hôpitaux de la marine de guerre et n'atteint que 9,78 à Brest.

Dans les hôpitaux civils, le pourcentage global moyen de la léthalité est de 36 (34 après rectification). Seules les statistiques de Debré et Semelaigne et Chalier indiquent chez le nourrisson une mortalité élevée, mais elles ne portent que sur un petit nombre de cas.

Si l'on compare ces chiffres à ceux de 64 à 65 pour 100 considérés comme pourcentage de la mortalité des cas non traités, on est frappé de l'efficacité de la sérothérapie et l'on ne saurait parler en France de faillite de cette méthode. Cela ne veut pas dire que l'on ne doive s'efforcer de perfectionner la préparation des sérums.

Le diagnostic précoce et précis, la conduite générale de la sérothérapie et les médications adjuvantes sont des éléments importants pour le succès thérapeutique.

Robert Clément.

LA CLINIQUE (Paris)

G. Santucci (Gênes). ***La thérapeutique chirurgicale de l'hypertension artérielle selon la méthode de Pende*** (*La Clinique*, tome XXVII, n° 177, Janvier 1932). — Se basant sur l'influence des nerfs splanchniques sur la sécrétion adrénalinique démontrée par lui sur les animaux en 1903 et sur l'action vaso-constrictrice des splanchniques dans le territoire vasculaire de l'abdomen, Pende a proposé un traitement chirurgical de l'hypertension artérielle. Il consiste à sectionner le nerf splanchnique gauche dans le double but de diminuer la fonction adrénalino-sécrétoire et de combattre l'hypertonie du territoire vasculaire abdominal qui joue un rôle important dans l'élévation de la tension artérielle grâce à ses réflexes vasoconstricteurs.

Durante, récemment, exécuta la résection du grand et du petit splanchnique gauche dans un cas de gangrène juvénile par endartérite oblitérante et dans un cas de maladie de Raynaud généralisée, tous deux accompagnés d'hypertension artérielle. Les résultats furent très satisfaisants sur les troubles pathologiques et sur l'hypertension artérielle. Après l'intervention, celle-ci diminua progressivement.

L'hypertension doit être combattue dans les cas où elle est en apparence primitive et où elle constitue un danger permanent pour le malade. Dans ces cas, les médicaments hypotenseurs les plus connus n'amènent que des abaissements passagers

et suivis d'élévations consécutives nuisibles au système cardio-vasculaire en fatiguant ses systèmes régulateurs. La section des splanchniques reproduirait au contraire une chute durable d'autant plus marquante que la pression artérielle était plus élevée par rapport à la normale.

ROBERT CLÉMENT.

LYON MÉDICAL

A. Rodet (Mégève). ***La cure d'altitude chez les enfants*** (*Lyon Médical*, tome CXLIX, n° 1, 3 Janvier 1932). — Parmi les enfants envoyés pour un séjour à la montagne, se trouvent des convalescents, des rachitiques, de petits nerveux instables ou spasmophiles, des asthmatiques, des entéritiques à assimilation défectueuse, des anémiques, des bronchitiques, des enrhumés perpétuels. La plupart bénéficient largement de la cure de montagne qui les transforme rapidement sauf dans 2 cas: lorsque l'enfant a un cavum infecté avec coryza chronique, adénoïdite ou otite ou angine à répétition ou lorsqu'il présente de la colite chronique ou une appendicite chronique.

La montagne ne met à l'abri ni des otites ni des angines qui y sont au contraire fréquentes. Si l'ablation des végétations ou des amygdales n'a pas été faite avant la cure d'altitude, il faut interrompre celle-ci pour permettre cette intervention.

De même, il est préférable de soigner les dyspeptiques nettement hépatiques, les colitiques et les appendiculaires chroniques avant de les envoyer faire une cure de montagne.

C'est après ces interventions et traitements que la cure d'altitude pourra donner tous ses fruits.

ROBERT CLÉMENT.

MARSEILLE MEDICAL

L. Déjou. ***Quelques considérations sur les pyohémies en milieu colonial : 19 observations de staphylococcie.*** — **M. Delprat.** ***Quelques considérations sur les pyohémies des Européens en milieu colonial*** (*Marseille Médical*, tome LXVIII, n° 33, 25 Novembre 1931). — 19 observations de pyohémie recueillies en milieu colonial sur des indigènes et quelques Européens montrent que les pyohémies tropicales n'affectent pas obligatoirement des localisations musculaires électives; fréquemment, elles se localisent dans le tissu cellulo-graisseux, sous-cutané ou profond, et les myosites peuvent n'être que secondaires; elles diffèrent très peu des pyohémies observées en France. Parfois, les abcès apparaissent en tissu musculaire et s'y localisent, puis s'étendent aux autres tissus, notamment aux tissus osseux et dans les viscères.

Les formes atténuées constituent la majorité des pyohémies chez l'indigène, l'évolution lente est habituelle, la guérison la règle. Ce sont là, avec leur fréquence, les particularités des pyohémies des indigènes, tenant aux conditions de vie et à la race; l'Européen présente au contraire des accidents relativement rares et aigus par rapport à ceux des indigènes.

Les 3 observations de Delprat viennent corroborer l'opinion de Déjou; il insiste sur la difficulté de faire le diagnostic d'abcès profonds au début, la gravité de l'affection chez les Européens tenant à ce qu'elle frappe des organismes débilités, alors que l'évolution est plus bénigne chez les noirs d'Afrique qui semblent vaccinés en quelque sorte contre tous les pyogènes vulgaires par les plaies multiples de leur corps peu vêtu et de leurs pieds jamais chaussés.

L'incision et le drainage sont les temps essentiels du traitement. L'auto-vaccinothérapie a donné un bon résultat; la septicémine, la gonacrine, le sulfarsénol, l'électrargol ont paru peu efficaces.

ROBERT CLÉMENT.

H. Roger. ***2 cas de méningite mélitococcique tardive*** (*Marseille Médical*, tome LXVIII, n° 34, 5 Décembre 1931). — R. apporte l'observation de 2 méningites mélitococciques survenues quelques mois après la guérison apparente d'une mélitococcie. Elles viennent s'ajouter aux deux cas français déjà connus et à un cas italien à M. melitensis.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme qui présenta un épisode méningé plus de 2 mois après la fin d'une fièvre de Malte typique ayant duré 4 mois et demi. Le diagnostic de méningite de la base s'appuyait sur une paralysie du VI droit et des crises de spasmes vasculaires cérébraux avec persistance d'un très léger déficit sensitivo-moteur du membre supérieur gauche. Dans le liquide céphalo-rachidien, on trouva 1 gr. 50 d'albumine, 80 lymphocytes, pas de bacille de Koch, pas de M. melitensis. Le séro-diagnostic montrait une agglutination forte à 1 pour 400, légère à 1 pour 800. On put mettre en évidence la présence d'agglutinines mélitococciques dans le liquide céphalo-rachidien. La guérison fut complète et assez rapide sous l'influence de la sérothérapie antimélitococcique par voie buccale.

La deuxième méningite se présenta 5 mois après la guérison apparente d'une mélitococcie typique ayant duré 6 mois. On observa un syndrome composé de céphalée violente avec vomissements, vertiges, bourdonnements d'oreilles, diplopie par parésie du moteur oculaire externe droit, crises de spasmes vasculaires cérébraux à type de dysesthésie remontant de la main droite jusqu'à la face, s'accompagnant d'aphasie et descendant ensuite au tronc et à la cuisse droite. Le liquide céphalo-rachidien présentait une hyperalbuminose à 1 gr. 50, 36 lymphocytes, le séro-diagnostic de Wright était positif à 1/200. Ces troubles évoluèrent sans fièvre, rétrocédèrent un à un, au bout d'un mois de traitement, d'abord par l'ingestion d'hémophylaxine antimélitococcique, puis par des injections sous-cutanées d'extrait de leucocytes provenant d'animaux hyperimmunisés.

ROBERT CLÉMENT.

H. Roger. ***Les troubles psychiques dans la mélitococcie*** (*Marseille Médical*, tome LXVIII, n° 34, 5 Décembre 1931). — Il n'existait jusqu'à présent que quelques cas isolés, quelques brèves études sur les troubles psychiques dans la mélitococcie; à l'occasion de cas personnels, récemment observés, R. passe en revue ceux-ci.

L'asthénie est un symptôme fréquemment observé dans la mélitococcie, à la période d'état ou à la convalescence. Il ne s'agit pas seulement d'une asthénie musculaire, mais d'une asthénie psychique qui laisse les malades émotifs, impressionnables, incapables de toute occupation intellectuelle. Dans les formes légères, l'asthénie est un des principaux symptômes, parfois l'unique symptôme de la maladie. On a pu parler d'une véritable psychasthénie.

Les véritables complications mentales sont assez rares. Le délire à type onirique est souvent teinté par une tendance dépressive; il apparaît au début, plus souvent à la fin de l'infection ou tout au moins d'une poussée fébrile. Il accompagne parfois une localisation radiculo-névritique réalisant un syndrome de Korsakoff; il peut être la principale manifestation de la fièvre ondulante. Dans d'autres cas, le délire constitue, à lui seul, toute la symptomatologie cérébrale. La torpeur, l'amnésie sont relativement rares; Cantaloube signale 12 cas de délire, 5 d'amnésie sur plus de 200 malades, la torpeur et l'indifférence existent dans près de la moitié des cas. Chez 10 malades, il aurait observé un syndrome de confusion mentale.

Avant de rattacher à la fièvre de Malte les troubles psychiques, il faut faire la part d'autres facteurs comme l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose.

L'apparition de troubles mentaux au cours de la mélitococcie est souvent d'un pronostic défavorable. Sur 18 cas, 10 se sont terminés par la mort.

Le traitement doit s'adresser à l'infection causale; il faut y ajouter les sédatifs, les hypnotiques et les toniques du système nerveux.

ROBERT CLÉMENT.

REVUE MÉDICALE DE L'EST
(Nancy)

Richon, Girard et **Kissel** (Nancy). ***Sur quelques cas de myélites aiguës primitives et leurs rapports possibles avec la sclérose en plaques*** (*Revue Médicale de l'Est*, tome LX, n° 2, 15 Janvier 1932). — R. G. et K. apportent 5 observations d'encéphalo-myélites atypiques survenues chez des sujets entre 40 et 61 ans. Le début des troubles moteurs a été brusque, mais toujours précédé de prodromes sensitifs: douleurs à type radiculaire en ceinture ou s'irradiant dans les membres inférieurs ou paresthésie. Sauf dans un cas où l'évolution a été progressive, le tableau clinique s'est constitué avec une extrême rapidité, en quelques jours et même en quelques heures. La paraplégie montre constamment un mélange de flaccidité avec irritation plus ou moins marquée du faisceau pyramidal. Les réflexes tendineux sont vifs, les troubles sphinctériens précoces et marqués, les troubles sensitifs objectifs fréquents. Sauf dans un cas, les lésions dépassent la moelle dorso-lombaire; il existe des troubles de la motilité des membres supérieurs, des paralysies des nerfs craniens, des signes oculaires. Jamais de troubles psychiques.

Sauf dans un cas, le liquide céphalo-rachidien était normal. Le Bordet-Wassermann fut toujours négatif.

Ces cas sont difficiles à classer. Aucun signe clinique ou humoral de syphilis ne put être mis en évidence. Contre le diagnostic de la maladie de Heine-Medin se posent l'intensité des troubles sensitifs, l'absence d'amyotrophie. Rien ne rappelle l'encéphalite. Au contraire, un grand nombre de symptômes font songer à la sclérose en plaques.

L'examen histologique d'un cas qui, cliniquement, se présentait comme une myélite transverse banale, a montré l'atteinte prédominante des cordons blancs particulièrement du cordon antéro-latéral; les lésions sont surtout dégénératives, la réaction inflammatoire peu marquée. L'épendyme est fortement touché, la réaction névroglique très marquée.

Si ces lésions ne permettent pas de poser histologiquement le diagnostic de sclérose en plaques, elles autorisent à ranger ce cas dans la même famille. La clinique dans 4 cas, l'anatomie pathologique dans un, se font un mutuel appui pour orienter vers le diagnostic de sclérose en plaques.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE
(Paris)

N. Stoichitza et **G. Dinischiotu** (Bucarest). ***La pression intrapleurale dans le pneumothorax spontané*** (*Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*, tome VI, n° 4, 1931). — En prenant systématiquement et à plusieurs reprises la pression intrapleurale dans 7 observations de pneumothorax spontané et en comparant ces résultats avec les signes cliniques, S. et D. sont amenés à quelques déductions, particulièrement sur les relations de cette pression avec le timbre et l'intensité des phénomènes amphoro-métalliques et les diverses positions données au malade.

Le souffle amphorique ne se produit que lorsqu'il y a dans la cavité pleurale une pression positive, au moins dans la majorité des cas, mais,

LE NOUVEAU LIT-MÉCANIQUE-DUPONT

MODÈLE MÉTALLIQUE PERFECTIONNÉ



1° évite tout mouvement . . . . . .
- Phlébite, fracture.
- Rhumatisme articulaire aigu.
- Péritonite.
- Grandes hémorragies, etc.

2° permet de passer le bassin. . .
- Paralysie, apoplexie.
- Fièvres adynamiques.
- Méningite, etc.

3° facilite . .
- les pansements . .
  - Opérés.
  - Brûlures graves.
  - Escarres, etc.
- l'application des appareils plâtrés.
- l'examen des régions postérieures.

SERVICE DE LOCATION : DANTON 05-61 et 05-62.

La Maison DUPONT

10, RUE HAUTEFEUILLE, PARIS (VIe)

FABRIQUE SUR ORDONNANCES MÉDICALES

TOUS LES MEUBLES ET APPAREILS POUR MALADES ET BLESSÉS

LITS - FAUTEUILS - VOITURES

ORTHOPÉDIE ET PROTHÈSE — CHAUSSURES ORTHOPÉDIQUES

BANDAGES ET CEINTURES — BAS A VARICES

MOBILIER MÉDICAL ET CHIRURGICAL

Envoi du catalogue général et des conditions médicales sur demande adressée à : Maison DUPONT (Service A), 10, rue Hautefeuille, PARIS (VIe)



CEINTURE HYPOGASTRIQUE
tissu caoutchouté, bordée velours, patte hypogastrique en tissu non extensible. Une pelotte à air peut être placée sous la patte pour augmenter son action.



CEINTURE-MAILLOT-DUPONT
combinée avec ceinture ventrière, maintient et moule les formes.



CEINTURE DE GROSSESSE
tissu caoutchouté, laçage dorsal et latéral, jarretelles, patte hypogastrique. Ce modèle peut être transformé en ceinture suites de couches.

Succursale à LYON : 6, place Bellecour.

contrairement aux idées admises, cette surpression ne doit pas atteindre un chiffre trop élevé, car alors le souffle amphorique disparaît. Plus rarement, on peut percevoir un souffle amphorique avec une pression négative et le voir disparaître dès que la pression devient positive.

Le tintement métallique n'est qu'un râle bulleux qui prend le timbre métallique grâce à une certaine pression dans la cavité pleurale. En général, il suit les variations de tous les bruits amphoro-métalliques.

Par rapport à la position du malade, les variations de la pression intrapleurale sont les suivantes: la pression la plus élevée est observée lorsque le malade est couché sur le côté du pneumothorax; la plus faible lorsqu'il est couché sur le côté sain. Entre ces 2 extrêmes, la pression en décubitus dorsal se rapproche de la pression maxima, la pression en position assise est voisine de la minima.

L'étude de ces variations peut fournir des renseignements utiles dans la pratique du pneumothorax thérapeutique.

ROBERT CLÉMENT.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

M. Jeudon. ***Education physique; pédagogie et hygiène mentale*** (*Hygiène mentale*, tome XXVI, n° 9, Novembre 1931). — J. développe une vue de Dupré, dont la justesse n'a cessé d'être vérifiée ces dernières années: il y a solidarité entre les fonctions motrices et psychiques; leurs développements sont parallèles; tout perfectionnement acquis par l'une se traduit par un perfectionnement semblable de l'autre: le débile moteur est d'ordinaire un débile mental.

Il montre l'évolution de la fonction motrice du fœtus du nouveau-né, du jeune enfant, citant, outre les tests classiques, les suivants:

4 mois, se maintenir debout, les aisselles soutenues;
9 mois, se tenir assis et raide;
18 mois, se relever selon le mode ventral;
4 ans, se relever selon le mode dorsal.

L'éducation physique est la première dont pourra bénéficier l'arriéré dès l'enfance, alors que, Vermeylen l'a prouvé, il n'attache d'intérêt qu'à ses propres mouvements, à l'exclusion du monde extérieur. On lui propose des exercices tels que ceux-ci:

1° Réaliser l'immobilité statique;
2° Marcher à reculons;
3° Obéir au rythme.

L'échec persistant dans ces exercices implique d'ordinaire un sombre pronostic: l'arriéré demeurera imperfectible.

Plus tard, l'éducation physique suivra le développement de l'enfant: elle fera partie intégrante de l'éducation professionnelle; elle se pliera à toutes les exigences de celle-ci. Cette conception utilitaire du sport est loin de celle qui préside aux compétitions athlétiques !

G. D'HEUCQUEVILLE.

L. Marchand. ***Des influences cosmiques sur les accidents épileptiques*** (*L'Hygiène mentale*, tome XXVI, n° 10, Décembre 1931). — Hippocrate pensait que le mal sacré sévissait de préférence au printemps et par les temps pluvieux. Arétée de Cappadoce le considérait comme la punition qu'infligeait aux mauvais la lune, à chacune de ses révolutions. A leur suite, Schiaparelli, Leuret, Lombroso cherchent dans les influences cosmiques le déterminisme des crises comitiales.

Aux travaux plus modernes de Malicaster, Rodiet, Toulouse et Piéron, etc., M. joint le fruit de ses études personnelles sur l'épilepsie, poursuivies sans interruption depuis trente ans. Il ressort des diverses statistiques que:

1° Les accès comitiaux sont plus fréquents le jour que la nuit. Il existe deux maxima de fréquence: l'un après le coucher, l'autre au réveil. Les épileptiques se divisent en deux grands types: *nocturnes* et *diurnes*, ou plutôt « *hypniques* » et « *vigiles* », car on renverse leur courbe nycthémérale en les faisant dormir le jour.

2° Les temps chauds, les fortes variations barométriques favorisent l'apparition des accès.

3° Les phases de la lune et les éclipses sont sans influence.

G. D'HEUCQUEVILLE.

REVUE DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE
(Bordeaux)

Portmann. ***Le nerf auditif dans les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique*** (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, 53e année, n° 2, Février 1932). — Le syndrome vestibulaire latent qui constitue la partie importante des manifestations tardives otitiques de l'encéphalite épidémique est caractérisé par deux vent dissociée; *b*) des crises vertigineuses d'intenéléments: *a*) une hypoexcitabilité permanente sousité variable avec hyperexcitabilité passagère.

L'étude des modifications de la chronaxie vestibulaire permet de comprendre ces phénomènes: en effet, le nerf vestibulaire a normalement une très grosse chronaxie, il s'apparente par ce fait aux nerfs du système sympathique et a comme eux un fonctionnement hétérochrone. Cependant cet hétérochronisme ne peut dépasser une certaine limite. S'il augmente par suite de lésions soit permanentes, soit passagères dues au virus encéphalitique, il y a alors rupture de résonance entre les deux neurones sensitifs et moteurs, d'où diminution de la valeur du réflexe ou même son abolition totale. Comme pour tout nerf on trouve donc ici deux sortes d'inexcitabilité: 1° L'inexcitabilité réelle par mort du cylindraxe; 2° L'inexcitabilité apparente traduisant l'hétérochronisme des différents segments nerveux.

La réflectibilité vestibulaire paraît enfin soumise de façon régulière aux modifications vaso-motrices: à la vaso-dilatation correspond de l'hypoexcitabilité, à la vaso-constriction de l'hyperexcitabilité.

En somme, les troubles fonctionnels de l'appareil vestibulaire seraient uniquement des troubles de la chronaxie par l'action directe du virus sur le VIII et ses centres, et, d'autre part, par l'action indirecte des modifications vaso-motrices sur la chronaxie.

On peut rattacher à une participation de l'appareil otolithique certains troubles post-encéphalitiques.

Le diagnostic positif de ces lésions est difficile à rapporter à leur vraie cause quand il s'agit de symptômes de la VIIIe paire isolée, sans aucune autre manifestation nerveuse. Mais ces faits sont exceptionnels et dans la majorité des cas ils sont associés à toute la symptomatologie du Parkinson suffisamment classique pour permettre un diagnostic aisé.

L'examen minutieux de la réflectibilité vestibulaire permettra de déceler des formes cochléaires isolées, des formes vestibulaires isolées, enfin des formes cochléo-vestibulaires.

Trois affections peuvent simuler les lésions du VIII dans l'encéphalite épidémique:

1° La sclérose en plaques: le diagnostic peut être à peu près impossible, et on se base avant tout sur les anamnestiques de l'encéphalite, qui peuvent d'ailleurs se voir dans certaines scléroses en plaques, et sur la réaction au benjoin colloïdal.

2° Les tumeurs cérébrales: or, toutes les tumeurs cérébrales, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'hypertension, sont susceptibles de se manifester par un syndrome vestibulaire, avec suivant leur localisation des signes surajoutés variables; en aucun cas, cependant, il n'y aura de signes de certitude. Le diagnostic reposera uniquement sur les symptômes non vestibulaires: clinique, radiographique, historique.

3° La syphilis, aussi bien héréditaire qu'acquise: dans la syphilis secondaire, la forme cochléaire se distingue par sa brusquerie d'apparition, son évolution rapide, la forme vestibulaire par l'importance des dissociations topographiques et fonctionnelles, la forme associée par le fait que les troubles cochléaires l'emportent sur les manifestations vestibulaires, ce qui est l'inverse dans l'encéphalite.

Dans la syphilis tertiaire, le diagnostic repose sur les paralysies associées du III, du VII, du XII sur la P. L., le Wassermann, la réaction de Vernes.

La syphilis héréditaire est la plus facile à distinguer: par son évolution rapide, foudroyante, l'importance des lésions cochléaires, les troubles de la réflectibilité vestibulaire, le signe d'Hennebert.

Le pronostic des lésions du VIII passe habituellement au second plan à côté des autres manifestations du Parkinson.

Le traitement de choix est la scopolamine, et on peut se demander si son action favorable sur le tonus musculaire des parkinsoniens ne se fait pas par l'intermédiaire de son action élective sur le VIII, sur la réflectibilité vestibulaire. L'adrénaline sera le traitement des crises vaso-motrices de vertiges.

R. BOURGEOIS.

BRUXELLES MÉDICAL

Ch. Trunecek (Prague). ***Un nouveau signe de la pléthore; voussure sus-claviculaire*** (*Bruxelles Médical*, tome XII, n° 8, 20 Décembre 1931). — Certains sujets présentent aux lieu et place de la fossette sus-claviculaire une voussure qui souvent dépasse considérablement le bord supérieur de la clavicule. Chez ces sujets, la peau et les muqueuses sont hyperémiées et gonflées; le pouls est dur et ample; les matités hépatiques et spléniques sont augmentées, les bruits de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont sourds et accentués. Cet ensemble constitue pour T. le tableau clinique de la pléthore et il appelle la proéminence sus-claviculaire: voussure pléthorique.

Cette voussure est une tuméfaction lisse, molle, élastique, facilement mobilisable sur sa base; si on la comprime, on peut la faire disparaître pour revenir dès que la compression a cessé. La percussion donne à son niveau un son mat qui ne change ni par l'inspiration, ni par l'expiration alors que la fossette sus-claviculaire donne un son clair.

La voussure pléthorique est due à un réseau de veines et de capillaires dilatés par le sang.

La voussure sus-claviculaire a une importance pour le diagnostic de la pléthore, « c'est le signe le plus évident que le système vasculaire déborde de sang ».

Ce signe n'est pas sans valeur pour le pronostic et le traitement; en cas de pneumonie ou de pleurésie, ces malades se trouvent en danger. On peut y remédier d'une manière efficace en diminuant le plus vite possible la quantité de sang pulmonaire, par saignées ou par ventouses placées sur les veines pectorales en communication avec les veines pulmonaires.

Les voussures sus-claviculaires diminuent jusqu'à disparaître si la pléthore s'efface lorsque la cachexie apparaît chez les malades.

On peut observer la voussure sus-claviculaire au cours de l'obésité, des néphrites, de l'alcoolisme et surtout dans l'artério-sclérose.

La voussure sus-claviculaire n'est pas au cours de la pléthore un fait de hasard; en accumulant l'excès de sang en un point où la distension des tissus ne cause aucun dommage, elle tend à rétablir l'équilibre circulatoire perdu à la suite de l'augmentation de la masse sanguine.

ROBERT CLÉMENT.

F. de Beule (Gand) avec la collaboration de **Faut, de Rom, de Bert** et **de Witte.** ***La stase duodénale chronique*** (*Bruxelles Médical*, tome XII, n° 12, 17 Janvier 1932). — Sous le nom de stase duodénale, il faut entendre le retard dans l'évacuation normale du bol alimentaire et des sucs duodénaux en un point quelconque du trajet duodénal, sans préjudice de la cause qui provoque cette stase. La notion de chronicité permet d'écarter tous les processus d'occlusion aiguë.

La pathogénie de la stase duodénale chronique est variable. Elle peut résulter d'un obstacle mécanique appartenant au duodénum, tel qu'une malformation congénitale (atrésie, cloisonnement, coudures ou volvulus par mobilité anormale, mégaduodénum) ou une lésion acquise (sténose par rétraction pariétale inflammatoire ou cicatricielle, sténose par tumeur duodénale bénigne ou maligne, obstruction par corps étranger). L'obstacle mécanique peut être extrinsèque au duodénum; on retrouve là des malformations congénitales: compressions, sténoses ou coudures par brides fœtales, vaisseaux anormaux, pancréas annulaire, insertion vicieuse du muscle de Treitz; et des lésions acquises: compressions, sténoses ou coudures par brides de périduodénite inflammatoire, pédicule mésentérique, mésentérite rétractile, hernie de Treitz, tumeur de voisinage. Parmi ces causes, la compression du duodénum par le pédicule mésentérique à la suite de l'entéroptose congénitale ou acquise est une des causes les plus fréquentes de la stase duodénale chronique. La chute du rein droit peut agir indirectement ou directement par traction sur le ligament duodéno-rénal.

La stase peut résulter d'une paralysie duodénale en rapport avec des processus inflammatoires intrinsèques (duodénites essentielles, gastro-pyloro-duodénites, ulcères du duodénum) ou extrinsèques (cholécystites, pancréatites, appendicites, entérocolites, inflammations utéro-annexielles, etc.).

Enfin, la stase chronique peut résulter d'un déséquilibre de l'innervation duodénale, qu'il s'agisse d'atonie duodénale essentielle ou de spasmes duodénaux avec hypersécrétion.

Robert Clément.

LE SCALPEL

(Bruxelles)

V. Jourdain et **J. Govaerts.** ***Considérations sur le diagnostic, l'étiologie, la pathogénie et le traitement des pancréatites aiguës*** (*Le Scalpel*, tome LXXXV, n° 1, 2 Janvier 1932). — Le diagnostic des pancréatites aiguës est le plus souvent extrêmement difficile, le tableau clinique est très variable et, dans les formes à rechutes et subaiguës, fort différent du « drame pancréatique » des pancréatites suraiguës. J. et G. apportent 8 observations : le diagnostic exact ne fut soupçonné que dans 1 cas.

Dans la grande majorité des cas, la pancréatite aiguë est observée chez des obèses, grands mangeurs, des sédentaires, des insuffisants hépatiques; il est fréquent de trouver des antécédents lithiasiques. La douleur brusque à l'épigastre, avec ses irradiations dans l'épaule gauche ou dans l'angle costo-vertébral gauche ou dans la région lombaire, accompagnée de vomissements jamais fécaloïdes, parfois de nausées et de hoquets, est un des meilleurs symptômes. L'arrêt des matières et des gaz est relatif et progressif; il cède aux lavements à la pituitrine. Dans une observation, il y avait une diarrhée bilieuse intense qui ne cessa pas jusqu'à la fin.

Le laboratoire ne fournit que peu de renseignements: leucocytose élevée avec polynucléose, augmentation de la lipase sanguine.

La pathogénie est encore discutée.

Il n'y a pas de traitement médical. Seule une intervention chirurgicale, immédiate, simple et rapide: drainage de la collection sanguine abdominale et des produits toxiques de désintégration cellulaire résultant de la nécrose pancréatique, donne quelques beaux résultats. Elle permettrait de sauver 40 à 50 pour 100 des opérés. C'est un pis aller qui ne se justifie que par notre ignorance de la lésion causale.

Robert Clément.

P. Govaerts. ***L'exploration de la fonction rénale par les procédés de Van Slyke et de Rehberg*** (*Le Scalpel*, tome LXXXV, n° 3, 16 Janvier 1932). — Deux procédés d'exploration de la fonction rénale jouissent d'une grande faveur à l'étranger.

Le coefficient d'épuration sanguine de Van Slyke est une recherche analogue à la constante d'Ambard. Il se propose d'évaluer la capacité fonctionnelle des reins en tenant compte uniquement de l'élimination uréique par rapport à l'urée sanguine. Si la diurèse atteint ou dépasse 2 cm. à la minute, le débit de l'urée est directement proportionnel à la quantité d'urée sanguine. Lorsque la diurèse est inférieure à 2 cmc par minute, la quantité de sang débarrassé de son urée en l'unité de temps n'est plus une constante : il diminue à mesure que la diurèse décroît et est proportionnel à la racine carrée du volume urinaire; grâce à une formule, on peut apprécier facilement le coefficient maximum d'épuration sanguine et le coefficient moyen d'épuration sanguine.

L'étude comparée des constantes de Van Slyke et d'Ambard dans une série de cas normaux et pathologiques permet de considérer ces 2 méthodes comme à peu près équivalentes. L'une et l'autre permettent d'apprécier l'altération de la capacité fonctionnelle des reins chez les malades dont l'urée sanguine n'est pas sensiblement augmentée; les formules de Van Slyke sont très simples, méritent d'être utilisées parallèlement à la constante d'Ambard et même de lui être substituées parce que, moins compliquées, elles ont la même valeur pratique.

Le procédé de Rehberg prétend mesurer isolément l'activité des glomérules et des tubuli et permettre ainsi une analyse des troubles fonctionnels et une définition précise des lésions anatomiques. Il est basé sur la théorie de la sécrétion rénale de Cushny pour qui la formation de l'urine dépendrait de 2 processus consécutifs: une filtration passive au niveau des glomérules en rapport avec la pression sanguine suivie d'une réabsorption dans les tubes contournés, phénomène actif des cellules tubulaires. Au niveau des tubuli, la totalité du glucose, une grande partie de l'eau et du chlorure de sodium sont réabsorbées, l'urée n'est pas réabsorbée et éliminée. L'élimination de la créatinine permet de calculer l'intensité de la filtration glomérulaire. On connaît ainsi la quantité totale d'eau et de substances dissoutes qui constituent l'urine primitive et l'on peut, par l'analyse de l'urine définitive, préciser combien d'urée est retournée dans le sang par diffusion et combien de NaCl et de glucose ont été réabsorbés par suite d'un travail actif des tubuli.

L'épreuve consiste à doser la créatinine, l'urée et le NaCl dans le plasma et dans l'urine, après ingestion de 2 gr. de créatinine. Cette méthode est encore à l'étude.

Robert Clément.

REVUE BELGE DES SCIENCES MÉDICALES

(Louvain)

J. Maisin, F. Van Goidsenhoven, H. Vassiliadis, L. Jacqmin et **J. Steenhout.** ***Le traitement des hyperthyroïdies par la rœntgenthérapie et la curiethérapie*** (*Revue belge des Sciences médicales*, tome III, n° 7, Août-Septembre 1931). — Ce sont les résultats comparatifs obtenus dans le traitement du goitre exophtalmique ou de l'adénome toxique, qu'ils considèrent comme un même état morbide se développant dans des conditions différentes, que les médecins de Louvain apportent ici.

La rœntgenthérapie a été faite à raison d'une séance par semaine, de 350 R Solomon sur chaque lobe thyroïdien, pendant dix à douze semaines consécutives. Deux mois après la dernières séance si l'état du malade l'exige, on recommence 6 à 8 séances de radiothérapie.

Pour la curiethérapie, on applique sur le cou du malade un appareil moulé de façon à envelopper tout le goitre, maintenu à 3 ou 4 cm. de la peau à l'aide de feuilles de feutre. Sur l'appareil sont disposés 100 milligr. de radium en tubes de 5 milligr. filtrés à 1 mm. de platine. L'appareil est laissé en place cinquante-cinq à soixante heures, réparties sur cinq à sept jours, de façon qu'il soit détruit 1/2 millicurie par centimètre carré de surface radium.

Dans 20 cas de goitres exophtalmiques typiques, la radiothérapie a amené la disparition des principaux symptômes dans 60 pour 100 des cas, leur amélioration dans 20 pour 100 des cas. Sur 6 cas d'adénomes toxiques, 2 ont été complètement guéris par les rayons X, un troisième très amélioré, chez les 3 autres il n'y eut pas sédation suffisante des symptômes, on dut avoir recours à la curiethérapie. Dans 4 formes frustes il y eut : une guérison, une amélioration, les 2 autres durent être soumis au radium.

La curiethérapie a été appliquée à 91 cas d'hyperthyroïdie. Dans 64 cas de goitres exophtalmiques typiques, on obtint 58 fois une évolution favorable (42 guérisons, 16 améliorations), 6 évolutions fâcheuses, un échec et 5 morts. Les 16 cas d'adénomes toxiques ont donné 11 guérisons, 3 améliorations notables, 2 améliorations. Sur 11 cas d'hyperthyroïdie fruste, il y eut 8 guérisons, une amélioration très nette, 2 améliorations plus douteuses.

La curiethérapie est une méthode curative de très grande valeur dans le traitement des hyperthyroïdies. Les résultats obtenus sont comparables à ceux de la thyroïdectomie. Les cas de curie-résistance paraissent rares, 3 malades ont eu recours à la chirurgie, l'un d'eux avait été très notablement amélioré par le radium. Il y a peu d'inconvénients, les télangectasies, les achromies et les pigmentations sont relativement rares. Il n'y pas d'adhérences à craindre; les échecs du radium doivent être opérés sans retard.

La médication iodée associée à la curiethérapie est une méthode de valeur à la condition d'être surveillée de très près.

Robert Clément.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

(Montréal)

A. G. Weiss, J. Monguio et **L. Bernard.** ***L'influence de la parathyroïdectomie sur le calcium sanguin*** (*L'Union médicale du Canada*, tome LXI, n° 1, Janvier 1932). — Des dosages de calcium sanguin deux fois répétés par la méthode de Hirth ont été pratiqués avant et après parathyroïdectomie ou ligature des pédicules thyroïdiens chez le chat. Toutes les parathyroïdes ont été vérifiées histologiquement.

Les chiffres obtenus sur 9 chats montrent qu'après intervention sur les parathyroïdes, la calcémie n'a pour ainsi dire pas varié. La ligature des pédicules thyroïdiens inférieurs, l'extirpation simultanée de 2 parathyroïdes n'ont pas modifié le taux du calcium sanguin. Seule, l'ablation des 4 parathyroïdes a provoqué la tétanie et la mort si rapide qu'il n'a pu être fait de dosage post-opératoire. A part deux dosages faits vingt et trente minutes après l'intervention, la calcémie a été recherchée dans un délai variant entre quatre et dix-huit jours après l'opération.

Robert Clément.

ANNALI D'IGIENE

(Rome)

E. Bertarelli. ***La machine à écrire; réflexions d'un hygiéniste et d'un philosophe*** (*Annali d'Igiène*, tome XLI, n° 11, Novembre 1931). — Cet article est un plaidoyer en faveur de l'emploi de la machine à écrire qui, loin de détruire la personnalité, favorise la pensée et la composition chez celui qui l'utilise, grâce à la position commode où il se trouve. C'est aussi un excellent moyen de développer la précision et d'entraîner les deux mains; c'est la meilleure prophylaxie de la crampe des écrivains et de la myopie. Enfin, la machine à écrire ne trouble pas la bonne statique du corps et permet d'écrire facilement à basse température. L. Rouquès.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Munich, Vienne)

Tiemann. ***L'activité des vaisseaux dans la circulation périphérique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 4, 23 Janvier 1932). — T. se demande d'abord si les capillaires des poumons réagissent comme les capillaires périphériques. Pour répondre à cette question, il a étudié les poumons de la grenouille qui présentent des facilités parce que, chez cet animal, une pression pleurale négative n'est pas indispensable au fonctionnement de ces organes.

Les poumons de la grenouille présentent un pouls capillaire net. Ce fait doit être mis en relations avec la parésie probable qu'offrent les vaisseaux dans les poumons. D'un autre côté, les artérioles sont extrêmement courtes et se divisent très rapidement en capillaires. Elles peuvent, en conséquence, faire varier très profondément le courant sanguin dans les alvéoles. Tantôt, elles sont largement ouvertes puis ultérieurement se rétrécissent et alors, dans l'aire capillaire qui en dépend, le sang coule plus lentement. Chaque alvéole est d'ailleurs irriguée par du sang provenant de plusieurs artérioles.

Au contraire des artérioles, le domaine des capillaires est extraordinairement inactif. Il ne réagit ni aux excitations mécaniques ni aux excitations électriques. Les capillaires sont toujours largement ouverts. L'iode, l'uréthane, l'adrénaline, la pituitrine sont sans effet sur eux alors même que ces substances agissent sur les artérioles. L'histamine est également sans action. Ce sont là des propriétés qu'on retrouve également dans les capillaires du rein et du foie, organes dans lesquels les vaisseaux ne sont pas uniquement destinés à alimenter le parenchyme.

La longueur des voies capillaires est très variable. On en trouve de très longues et de très courtes. Ces dernières constituent une sorte de court-circuit entrant en jeu quand l'alvéole tout entière n'est pas nécessaire.

T. se demande ensuite si les échanges gazeux sont favorisés à certaines phases de la respiration. Il constate que chez les grenouilles, les alvéoles contenant de l'air sont seules irriguées. D'un autre côté, les capillaires changent de situation par rapport à la paroi alvéolaire suivant le degré de dilatation des poumons. Quand ceux-ci sont collabés, les échanges sont rendus moins faciles notamment par la détente des éléments des tissus. D'autre part, la distension des capillaires donne à ces vaisseaux une section en forme d'ellipse qui favorise les échanges. On observe d'ailleurs que chez l'homme au cours du travail physique l'inspiration est plus profonde, de sorte que la distension moyenne des poumons est plus élevée, ce qui doit favoriser l'oxygénation. P.-E. Morhardt.

A. Ciminata. ***Influence de la section des nerfs des surrénales sur le diabète sucré*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 4, 23 Janvier 1932). — C. a procédé chez deux chiens à l'ablation du pancréas suivie de la section des nerfs des surrénales. La technique de ces interventions est très délicate, spécialement pour éviter les lésions de la paroi duodénale et des nerfs de cette région.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un jeune chien qui, après les interventions, fut alimenté par des hydrates de carbone sans présenter de signes de diabète. A l'autopsie, on retrouve 4 gr. de tissu pancréatique. Le second chien survéçut aux interventions du 22 Juin 1928 au 15 Février 1930. A l'autopsie, on retrouva, à la place du pancréas, du tissu de granulation constitué en grande majorité par des hystiocytes. Chez cet animal, après l'extirpation du pancréas, il survint de l'amaigrissement, de la glycosurie, de l'hyperglycémie, etc., symptômes qui disparurent complètement après section des nerfs des surrénales sans qu'il lui soit donné ni insuline ni régime spécial.

C. rappelle à ce sujet qu'on admet d'une façon générale qu'il y a antagonisme entre pancréas-parasympathique d'une part et surrénales-sympathique d'autre part. Il cite une série d'expériences d'auteurs divers et notamment celles de Depisch, Hasenöhrl et Schönbauer montrant que la régulation de la glycémie est la résultante des actions de facteurs à la fois nerveux et hormonaux, dont les uns sont hyperglycémiants et les autres hypoglycémiants. Dans ces conditions, il faut, d'après C., admettre que la section des nerfs des surrénales diminue la sécrétion de l'adrénaline et agit probablement en même temps d'une façon réflexe sur le foie et sur le tissu contenant du sucre.

D'autre part, C. rappelle que chez une femme de 50 ans présentant un diabète sévère, Donati a sectionné les nerfs de la surrénale gauche. A la suite de cette intervention, le sucre du sang n'est plus remonté aussi haut qu'autrefois et une quantité d'insuline moindre qu'auparavant s'est montrée suffisante.

La section des surrénales est donc possible chez les diabétiques et possède une influence certaine sur le sucre du sang et de l'urine. P.-E. Morhardt.

P. György. ***Acétaldéhyde tonique de la circulation*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 6, 6 Février 1932). — On a attribué les phénomènes qui s'observent chez les nourrissons au cours de l'intoxication alimentaire à l'action de substances appartenant au groupe de l'histamine. G. s'est demandé, dans ces conditions, si l'aldéhyde ne se montrerait pas capable de neutraliser l'action de ces amines conformément aux constatations de Kendall qui, avec l'acétaldéhyde, empêche de se produire les contractions musculaires que l'histamine détermine d'ordinaire.

G. est ainsi arrivé à administrer à un nourrisson présentant un état de ce genre: diarrhée, vomissements, mauvais état de la circulation, etc., de l'acétaldéhyde à la dose de 1 cmc d'une solution à 20 pour 100 ajouté à un sérum artificiel. Il a constaté que l'état général et celui du cœur se sont très rapidement remontés et que l'enfant a guéri, bien que le pronostic ait été très sombre au début.

Mais, en fait, il n'y aurait pas, au point de vue pharmacologique, l'antagonisme admis primitivement entre l'histamine et l'acétaldéhyde. Pour expliquer les bons effets de ce médicament, G. est donc amené à admettre qu'il agit surtout sur la circulation en rendant normale une répartition pathologique du sang qui, chez ce nourrisson, se trouve en pareil cas, comme dans le choc, surtout accumulée dans l'aire splanchnique. L'acétaldéhyde a été ainsi utilisée par la bouche à la dose de VI à XV gouttes, 5 à 6 fois par jour, dans un peu de thé ou de lait ou encore en injection intramusculaire surtout dans des états de choc, notamment en cas de broncho-pneumonie, de myatonie congénitale chez les prématurés, dans les septicémies, dans les états d'apnée, etc. Il n'a jamais été observé d'accident attribuable à l'acétaldéhyde comme par exemple la formation de méthémoglobine, l'hémolyse, etc.

Il y a analogie entre les effets de l'alcool et de l'acétaldéhyde. G. attribue ce fait à ce que l'alcool agit surtout en se transformant en acétaldéhyde au cours des échanges intermédiaires. D'un autre côté, physiologiquement l'acétaldéhyde n'intervient pas car il est produit en trop petites quantités ou détruit trop rapidement. P.-E. Morhardt.

Alfred Perutz. ***Nouvelles contributions à l'hypersensibilité de la peau à l'égard du métol*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 6, 6 Février 1932). — La sensibilité de certains photographes à l'égard du métol, révélateur utilisé pour les papiers au bromure, a pu être attribuée au fait que cette substance dérive de l'hydroquinone. Il faudrait alors admettre qu'il s'agit d'une allergie liée à la structure stéréochimique (position en para).

En réalité, cette hypersensibilité à l'égard du métol doit être liée à l'apparition d'une quinone à la suite de phénomènes oxydatifs. On constate, en effet, qu'après administration de substance narcotisante capable de supprimer ou d'atténuer la respiration cellulaire, le métol n'agit plus en application locale. Une solution aqueuse d'uréthane à 10 pour 100 suffit pour supprimer cette sensibilité. D'un autre côté, le pellidol et l'ursol présentent des propriétés analogues. Il en est de même pour certaines substances colorantes azoïques.

P. discute en détail les déductions chimiques que ces faits imposent et arrive à la conclusion que la sensibilité au métol est, avant tout, une sensibilité à l'égard des quinones. Dans ces conditions, le métol n'aurait pas un caractère d'antigène et n'agirait qu'après avoir été transformé, sous l'influence d'un ferment, en quinone qui ellemême se combine aux albumines comme un tanin. Il se produirait, par conséquent, un allergène protéinique secondaire. P.-E. Morhardt.

S. Lœwe, L. Marx, F. Rothschild. H. E. Voss et **A. Buresch.** ***Observations expérimentales et cliniques sur l'hormone de l'écorce de surrénales*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 7, 13 Février 1932). — L. et ses collaborateurs ont étudié les effets d'un extrait d'écorce de surrénales dont ils donnent le mode de préparation, sur le rudiment de prostate qui existe chez la femelle du rat. Leurs expériences ont porté sur 57 animaux. Tandis qu'ils trouvent une prostate développée dans 11 pour 100 des cas chez les contrôlés, ils en trouvent 40 pour 100 chez les animaux traités par l'hormone cortico-surrénale. Ils font d'ailleurs remarquer que cette hormone est sans effets sur le clitoris.

Chez un chat dont les surrénales avaient été enlevées, l'administration d'un extrait actif d'écorce a suffi pour empêcher l'animal de mourir.

Dans 3 cas de maladie d'Addison, ces extraits ont eu une action incontestablement favorable. Ils augmentent le sucre du sang, ce qui ne se produit pas chez les sujets sains. L'adrénaline n'intervient pas d'une façon importante dans l'action de ces préparations. P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE

(Berlin)

Franz Spath (Graz). ***Etudes sur la fonction de l'estomac réséqué*** (Première communication). ***Recherches sur la digestion de l'albumine par l'estomac réséqué*** (*Deutsche Zeitschrift für Chi-*

rurgie, tome CCXXXIII, fasc. 9-10, Novembre 1931). — S. a étudié la question de savoir s'il se produit un trouble du pouvoir protéolytique du suc gastrique lorsqu'une intervention chirurgicale a porté sur l'estomac; ces études ont été faites sur l'estomac normal et sur l'estomac modifié par les différentes techniques de résection. Les recherches post-opératoires ont été entreprises ches des opérés qui avaient subi la résection soit selon le *Billroth I*, soit selon le *Billroth I* modifié par *Haberer*, soit selon le *Billroth II*. S. n'emploie pas le repas d'épreuve d'*Ewald*, mais celui d'*Ehrmann;* les prélèvements du liquide gastrique sécrété après l'ingestion de ce repas sont fractionnés. On a particulièrement tenu compte des conditions d'acidité qui influent sur l'action des ferments. En conformité avec les constatations faites par d'autres expérimentateurs, S. a observé que l'estomac réséqué sécrète peu d'acide chlorhydrique ou n'en sécrète pas du tout. Pour le cas de la résection, selon *Billroth I* ou selon le procédé d'*Haberer*, la concentration du *pH* oscille entre 6,2 et 8,0; pour le cas de la résection selon le *Billroth II*, la concentration du *pH* oscille entre 5,4 et 7,5.

Les expériences de digestion ont été faites d'après la méthode de recherche des enzymes au moyen de la titration par le formol de *Sörensen*, modifiée par *Gorbach*. La désintégration a été calculée, d'après mg-azote, au moyen de l'équation

1c cm $\frac{N}{5}$ Koth $\doteq$ 2,8 mg N.

Par comparaison avec des estomacs normaux, une diminution notable du pouvoir protéolytique a été observée. Les valeurs constatées dépassent même la normale, au fur et à mesure que l'acidité se rapproche de l'optimum tryptique; le degré de désintégration des albuminoïdes s'élève avec la quantité de ferment tryptique qui reflue dans l'estomac.

Dans l'estomac réséqué, il n'y a pas de digestion peptique; il n'y a qu'une digestion tryptique, car en présence de la bile, même si la concentration optima du *pH* n'est pas atteinte, la trypsine est active. Il s'ensuit que, dans l'estomac qui a subi une résection, la protéolyse n'est pas troublée puisque à la pepsine se substitue la trypsine; et cela peut être mis en évidence par le titrage au formol.

P. Wilmoth.

Kenkoo Taniguchi et **Teru Kuzahara** (Fukuoka). ***Au sujet des relations entre la résection du cancer de l'estomac et la fonction hépatique*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXIII, fasc. 9-10, Novembre 1931). — T. et K. ont recherché pourquoi certains de leurs malades, opérés pour un cancer de l'estomac, alors que les constatations opératoires et que les manœuvres chirurgicales devaient faire prévoir une issue très favorable, mouraient entre le huitième et le dixième jour, après l'opération, sans avoir présenté la moindre complication pulmonaire, la moindre complication péritonéale. Ces malades, dont le pouls et la température ont toujours eu une courbe normale après l'opération, présentèrent vers le quatrième jour des troubles psychiques, caractérisés d'abord par de l'apathie et des hallucinations, puis entrèrent dans un état d'agitation extrême. Alors qu'au début ils pouvaient digérer facilement de petites quantités d'aliments, ils refusèrent toute nourriture; les injections sous-cutanées ou intraveineuses de sérum, les lavements alimentaires ne procurèrent aucune amélioration. La mort survint au bout d'une semaine après une brusque ascension de la température, un affaiblissement et une accélération du pouls.

Leurs recherches les ont conduits à admettre que cette évolution fatale, après une opération facile et bien conduite, était la conséquence d'une augmentation de l'acide lactique du sang. Les dosages leur ont montré que, lorsque le taux de l'acide lactique du sang dépasse 30 milligr. pour 100, il ne faut pas opérer ces malades, parce que c'est l'indice d'une grave perturbation des fonctions hépatiques. Par contre, lorsque le taux de l'acide lactique du sang a été trouvé inférieur à 30 milligr. pour 100, le pronostic post-opératoire doit être favorable, puisque le foie fonctionne normalement; de fait des opérations difficiles et longues chez des sujets ayant un foie de fonctions normales leur ont procuré des succès complets.

P. Wilmoth.

ZENTRALBLATT für GYNAKOLOGIE (Leipzig)

G. Baumgart (Cassel). ***La prophylaxie de l'éclampsie*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 55e année, n° 49, 5 Décembre 1931). — L'article de B. a pour objet essentiel :

1° De mettre en valeur le symptôme tiré de l'étude de la pression artérielle chez les femmes enceintes pour déceler l'éclampsie.

2° De donner le détail du traitement recommandé par lui dans les états prééclamptiques.

Chez toute femme enceinte, il faut dès les premiers mois de la grossesse examiner les urines et la pression artérielle.

La pré-éclampsie sera caractérisée par de l'œdème, de l'albuminurie et une pression supérieure à 135 mm. de mercure. Cette triade se résume en un mot inventé par B.: Alboétonie.

De ces trois signes, le seul qui ne fait jamais défaut, c'est l'hyperpression. Aussi faut-il prendre matin et soir la pression comme on prend la température des malades.

Si la pression dépasse 135 m/m. la femme est considérée comme pré-éclamptique, de même si le minimum atteint 80 m/m ou est au-dessus de ce chiffre. Dans ce cas, très souvent, on retrouve dans les antécédents l'infection qui a lésé la cellule rénale (angine, scarlatine).

Le pronostic peut être basé sur l'étude de la pression artérielle. Chez les pré-éclamptiques, si l'on constate une chute de la pression, le danger d'une crise éclamptique diminue.

Si la minima reste à 80 m/m, il faut craindre la crise et même quand la crise est passée, si la minima reste à ce chiffre, c'est que le retour à la normale n'est pas acquis.

Plus la pression différentielle est grande, plus le pronostic est favorable.

On trouvera dans l'article de B. l'étude détaillée d'une statistique de cas de pré-éclampsie et d'éclampsie déclarée observés par lui.

L'étude du traitement constitue la deuxième partie de cet important article.

Dès que la pression sanguine est au taux de la pré-éclampsie, conseiller le repos au lit; la cure de jeûne de 3 jours avec seulement 2 oranges pour tromper la soif; le 4e et le 5e jour, 1/4 et 1/2 litre de crème de gruau, sans sel. Après le 6e jour, régime ordinaire sans sel, en réduisant les liquides si les malades ont de l'œdème. Suivent toutes les indications du régime déchloruré et des succédanés du sel (Hosal, Bromhosal, Citrofin).

Pour B., si on diagnostique à temps la pré-éclampsie, on ne doit plus voir apparaître d'éclampsie.

Si, après un traitement très suivi de la pré-éclampsie, on n'obtient pas d'amélioration, il faut intervenir à quelque distance que l'on soit de l'accouchement, sans s'occuper du sort de l'enfant.

B. a toujours recours à l'opération césarienne qui lui a donné en 5 ans 55 succès sur 56 cas.

Desmarest.

A. Mayer (Tübingen). ***L'amaurose prééclamptique*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 55e année, n° 49, 5 Décembre 1931). — M. rapporte 2 observations d'amaurose au cours de grossesses en apparence normales, et à ce propos pose la question de la conduite à tenir dans ces cas. Elle ne peut en réalité être basée que sur les dégâts visuels secondaires à cette amaurose.

Si l'on admet que l'amaurose est un trouble purement fonctionnel sans lésions anatomiques, on a le droit de retarder l'accouchement si la vie de l'enfant est en jeu. Mais si l'amaurose, comme le pensent certains ophtalmologistes, en particulier Kruckmann, entraîne du côté du fond de l'œil des désordres graves qui peuvent troubler ultérieurement la fonction visuelle. M. considère que l'examen du fond de l'œil doit guider l'accoucheur. Si le fond de l'œil ne reste pas normal, il faut se hâter de délivrer la parturiente.

La fréquence des amauroses dans l'éclampsie est importante, puisque Schiotz a noté des symptômes oculaires dans 52 cas sur 158 cas d'éclampsie observés par lui. Sur ces 52 cas, 13 fois l'amaurose fut notée, dans 7 cas avec des crampes et dans 6 cas sans crampes.

En règle générale: l'amaurose précède de peu le début des crises d'éclampsie qui commandent l'intervention. Que faire dans les cas d'amaurose ? M. conseille la ponction lombaire dont l'efficacité n'est pas absolue et la saignée.

Chez une femme de 27 ans au cours d'une deuxième grossesse apparaissent 8 à 10 crises d'éclampsie suivies d'amaurose, céphalée modérée, légères douleurs, albumine 2 à 3 gr. pour 100, col fermé.

Neuf heures après l'entrée à l'hôpital, M. soustrait par ponction lombaire 20 cmc de liquide céphalo-rachidien qu'il remplace par 14 cmc de sérum de femme enceinte.

Quatre heures après, nouvelle ponction lombaire. Soustraction de 6 à 8 cmc de liquide céphalo-rachidien. Injection intra-durale de 10 cmc de sérum de femme enceinte. Moins d'une heure après, la vision est rétablie. Sept heures et demie après, accouchement spontané, suites normales.

Si l'on n'intervient pas en cas d'amaurose, le traitement sera à peu près celui de l'éclampsie, mais le luminal et la morphine ne doivent être employés qu'à doses faibles pour permettre de surveiller la vision.

Desmarest.

ZEITSCHRIFT FUR HALS-, NASEN- UND OHRENHEILKUNDE (Berlin)

T. J. Abramov (Saratov). ***Recherches expérimentales relatives à l'influence de la trachéo-bronchoscopie sur la pression sanguine et sur la respiration*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, tome XXX, fasc. 2, 18 Décembre 1931). — A. s'est proposé de rechercher expérimentalement quelle était l'influence de l'introduction d'un bronchoscope dans les voies respiratoires sur la tension artérielle et sur la respiration. A cet effet, il a soumis 11 chiens à 24 examens bronchoscopiques.

En procédant à l'endoscopie en l'absence de toute anesthésie préalable, il a constaté que le passage du tube derrière l'épiglotte et sa progression au delà de ce niveau déterminent souvent un ralentissement notable des battements cardiaques. Simultanément, on note (au niveau de la carotide ou de la fémorale) une chute de la tension artérielle analogue à celle que provoque l'excitation du pneumogastrique. Ces perturbations atteignent leur maximum au moment où l'instrument franchit la glotte. Elles persistent jusqu'après l'extraction du tube. Celle-ci est rapidement suivie d'un retour à la normale.

Pour la respiration, la profondeur et le rythme sont également altérés par la bronchoscopie.

Les résultats ont été tout différents dans la deuxième série de recherches qui portèrent sur 9 chiens. Dans ces cas, l'application locale d'une solution de cocaïne (le plus communément à 1/5),

en effet, effaça sur les courbes artérielle et respiratoire les oscillations considérables que l'on avait enregistrées dans la première série d'expériences. Quant à l'administration préalable de morphine, elle n'agissait que sur la respiration, en l'améliorant d'ailleurs sensiblement.

Dans une troisième série d'expériences, on étudia sur 3 chiens l'action de différentes sections nerveuses. A cet égard, on constata qu'après section bilatérale du nerf laryngien supérieur, l'introduction de l'endoscope ne modifie la tension artérielle et la respiration qu'à partir du moment où le tube atteint la bifurcation de la trachée. Après la section bilatérale du pneumogastrique, la bronchoscopie n'exerce plus aucune influence ni sur la tension artérielle, ni sur la respiration. Par contre, si l'on se contente de diviser le pneumogastrique du côté droit, la pression sanguine et la respiration accusent des altérations qui se manifestent aussitôt que l'instrument pénètre dans la bronche gauche.

La conclusion que A. tire des recherches que nous venons de résumer est qu'il y a toujours intérêt, dans la bronchoscopie, à recourir à l'anesthésie locale à la cocaïne.

François Munch.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDECINE
(Chicago)

W. J. M. Scott et **J. J. Morton.** ***L'intervention de l'activité désordonnée du sympathique dans certaines maladies, en particulier dans les affections de la circulation périphérique*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVIII, n° 6, Décembre 1931). — L'activité désordonnée du sympathique peut, dans certains domaines, jouer un rôle prépondérant dans la production de phénomènes pathologiques (angine de poitrine, causalgie, maladie de Hirschsprung, constipation spasmodique, etc.); ceux-ci sont susceptibles d'être supprimés par diverses interventions sur le sympathique. Ce qui importe avant tout actuellement, c'est d'établir des critères permettant de mesurer l'activité du sympathique au niveau des différents appareils.

L'effet de l'interruption temporaire de l'innervation extrinsèque du gros intestin dans la maladie de Hirschsprung, sous l'influence de la rachianesthésie, a été pour S. et M. un trait de lumière; ils ont immédiatement vu que c'était là un index du degré d'inhibition sympathique existant dans le mégacôlon.

Ayant constaté ce rôle du sympathique, ils se sont donné pour tâche de mesurer la part respective du spasme et de l'occlusion vasculaire dans les troubles de la circulation périphérique.

A cet effet, ils ont étudié les modifications apportées à la température superficielle de la peau par la suppression temporaire de la vaso-constriction réalisée au moyen de trois méthodes différentes, ce qui leur a permis d'établir le « niveau normal de vasodilatation » qui servira à mesurer l'activité vasomotrice sympathique au niveau des membres. Ces trois méthodes sont l'anesthésie générale, la rachianesthésie et l'anesthésie tronculaire. Chez les sujets à système circulatoire normal, les deux premières méthodes déterminent une élévation de la température du gros orteil atteignant au moins 31°5; la troisième, une élévation atteignant 30°5, la température étant mesurée au moyen d'un appareil thermo-électrique. En comparant les effets obtenus dans les cas pathologiques avec les chiffres trouvés chez les sujets normaux, on peut arriver à distinguer le spasme vasculaire de l'occlusion. S'il n'y a pas d'élévation de la température, c'est qu'il s'agit d'occlusion sans spasme; si la température cutanée atteint le niveau normal de vaso-dilatation, c'est que la vasoconstriction sympathique est responsable des troubles circulatoires; si l'élévation de température est nette, mais n'atteint pas ce niveau, c'est qu'il y a association d'occlusion et de spasme. La différence entre la plus haute température obtenue et le niveau de vaso-dilatation normal est appelée « index d'occlusion »; elle mesure l'effet de l'occlusion organique sur la circulation périphérique. L'anesthésie tronculaire (nerf tibial postérieur) est un procédé particulièrement commode pour cette épreuve en raison de sa simplicité et de l'absence de tout inconvénient. Dans les cas douteux, on doit contrôler ses résultats avec ceux donnés par l'anesthésie générale ou par la rachianesthésie.

A l'aide de ce procédé, S. et M. ont vu que la plupart des cas d'endartérite oblitérante (diabétique ou artérioscléreuse) se rangent dans le groupe de l'occlusion; que la plupart des cas de maladie de Raynaud, bien des cas de thrombo-angéite oblitérante et certains cas d'artérite syphilitique répondent pendant les premiers stades de l'affection par un niveau normal de vaso-dilatation à l'anesthésie des fibres vaso-constrictrices. Plus tard, on trouve dans la thrombo-angéite oblitérante et dans certaines artérites syphilitiques une association de spasme et d'occlusion.

On constate, au moyen de la radiographie artérielle vitale, que dans les affections vasculaires s'accompagnant d'occlusion pure, un mécanisme compensateur intervient pour relâcher la vasoconstriction des vaisseaux collatéraux et terminaux lorsque la circulation locale est sérieusement diminuée. Ce processus ne se rencontre pas dans les affections vasculaires liées à un spasme; la vaso-constriction persiste même quand la diminution de la circulation devient dangereuse.

Ce procédé fournit de précieuses indications pour le traitement qui, dans ces deux groupes, doit s'inspirer de principes radicalement différents. Dans les affections résultant d'une occlusion pure, le but est d'obtenir une meilleure distribution périphérique de la quantité réduite de sang dont le membre dispose, tandis que dans les affections liées à un spasme, le traitement doit viser à obtenir une augmentation de la circulation locale en triomphant du spasme vaso-constricteur d'origine sympathique; à cet égard, l'hyperthermie (bains, chauds, diathermie) qui produit une vasodilatation temporaire, la gangliectomie sympathique qui donne un résultat permanent et l'interruption des nerfs périphériques dans les cas où la gangliectomie est désirable, mais contre-indiquée, constituent des méthodes particulièrement utiles.

P.-L. Marie.

L. H. Criep. ***Etude électrocardiographique des effets de l'anaphylaxie sur le mécanisme cardiaque*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLVIII, n° 6, Décembre 1931). — C. a étudié au moyen de l'électrocardiographie la série des modifications qui surviennent dans le cœur du lapin et du cobaye durant l'anaphylaxie; il a essayé de savoir si ces modifications relèvent d'une influence directe et spécifique du processus anaphylactique sur le myocarde.

A cet effet, il a étudié parallèlement les électrocardiogrammes pris sur le cobaye soumis à une asphyxie aiguë, processus qui est considéré comme la cause de la mort dans l'anaphylaxie de cet animal, et les électro-cardiogrammes pris chez des lapins soumis à une asphyxie ménagée par obstruction de la trachée ou ayant subi la ligature de l'artère pulmonaire, condition qui réalise artificiellement une anoxémie semblable à celle qui intervient dans la pathogénie du choc anaphylactique chez cet animal.

Ces recherches ont montré que, chez le cobaye, les modifications de l'électrocardiogramme sont analogues, qu'il s'agisse d'anaphylaxie ou d'asphyxie artificielle par occlusion de la trachée. Elles consistent en bradycardie, bloc partiel ou complet, inversion de l'onde T avec raccourcissement de l'intervalle R-T, fibrillation auriculaire et ventriculaire. Les changements présentés par l'onde T rappellent assez ceux que l'on rencontre dans l'occlusion des coronaires et font penser que les troubles du mécanime cardiaque sont peut-être dus à l'anoxémie du myocarde.

Ce qui vient d'être dit pour le cobaye s'applique également au lapin, qu'il s'agisse d'anaphylaxie, d'asphyxie ou de ligature de l'artère pulmonaire.

Les examens histologiques du cœur des animaux n'ont pas permis de trouver de lésions rendant compte des modifications observées.

Le pneumogastrique ne semble pos jouer de rôle important dans la production des troubles du fonctionnement cardiaque.

En somme, les modifications constatées du côté du cœur dans l'anaphylaxie du cobaye et du lapin ne sont pas dues spécifiquement à l'état d'anaphylaxie, mais à l'état d'asphyxie qu'entraîne l'anaphylaxie.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

D. Symmers. ***Le mycosis fongoïde n'est pas une entité clinique ni pathologique*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XXV, n° 1, Janvier 1932). — La nature du mycosis fongoïde a fait l'objet de nombreux travaux et son étiologie est encore discutée.

S., en se basant sur des observations *post mortem* et des coupes histologiques, estime que le mycosis fongoïde est l'expression cutanée d'au moins 3 maladies différentes du système ganglionnaire lymphatique : la *maladie de Hodgkin*, une variété de *sarcome à cellules rondes* provenant du tissu connectif réticulaire des ganglions lymphatiques et enfin un *lymphosarcome*, prenant naissance dans les cellules lymphoïdes des ganglions lymphatiques ou d'autres formations lymphoïdes. Mais le mycosis fongoïde n'existe pas en tant que maladie indépendante.

R. Burnier.

S. Ayres et **Anderson.** ***Le demodex folliculorum; son rôle dans l'étiologie de l'acné rosacée*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXV, n° 1, Janv. 1932). — A. et A. ont recherché le *demodex folliculorum* dans 17 cas d'acné rosacée et ils l'ont toujours trouvé en quantité variable, soit dans le pus des lésions superficielles, soit dans les squames sèches folliculaires. Au contraire dans 13 cas d'acné vulgaire, le demodex était absent.

L'application d'une pommade antiparasitaire et l'usage journalier d'eau et de savon ont amélioré ou guéri 13 cas d'acné rosacée. En même temps que la disparition clinique des lésions, on constatait une diminution correspondante du nombre des demodex et dans certains leur disparition.

On peut donc considérer le *Demodex folliculorum* comme une des causes de l'acné rosacée.

R. Burnier.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA
(Sydney)

Ch. Kellaway et **F. G. Morgan.** ***Le traitement des morsures de serpent en Australie*** (*The Medical Journal of Australia*, tome XVIII, 2e vol., n° 16, 17 Octobre 1931). — Il est important de reconnaître les morsures de serpents venimeux et celles des espèces non venimeuses; de ces dernières, il n'y a à craindre que le développement des infections septiques et il suffit pour l'éviter d'un nettoyage de la plaie à l'eau et au savon ou de l'application d'un antiseptique. Le succès thé-

rapeutique dans les morsures venimeuses dépend de la précocité du traitement.

En général, les serpents non venimeux laissent une plaie composée de plusieurs orifices alors que les points de pénétration varient seulement de 1 à 4 avec les serpents venimeux. Pour faire un traitement antivenimeux, il faut même pouvoir reconnaître à quelle race appartiennent les serpents ; la morsure de certains de ceux-ci entraîne la mort dans au moins 50 pour 100 des cas.

Immédiatement après la morsure, si elle siège sur un membre, il faut pratiquer la ligature de celui-ci, qui retarde la pénétration du venin dans le sang circulant. La ligature doit être suffisamment serrée pour arrêter toute circulation artérielle dans le territoire sous-jacent, elle doit être laissée en place une demi-heure et levée dès l'injection de sérum antivenimeux. Dans les régions où la ligature est impossible, il faut pratiquer immédiatement l'excision de la peau et du tissu sous-cutané dans la zone de la morsure de façon à comprendre le point le plus profond atteint par la dent. La succion à la bouche ou à la ventouse est aussi une méthode de valeur. La surface de l'excision et la peau tout autour seront avec avantage lavées avec une solution faible de permanganate de potasse.

L'incision au niveau de la morsure a moins de valeur. La saignée locale précoce au-dessous de la ligature permet, ainsi qu'on a pu le constater expérimentalement, de débarrasser l'organisme d'un tiers à la moitié du venin. Le sang retiré peut être remplacé par transfusion.

Le sérum anti-venimeux est surtout efficace contre les morsures du serpent-tigre (Notechis scutatus). Il faut injecter dans les veines environ 3.000 unités, dose suffisante pour neutraliser *in vitro* 30 milligrammes de venin sec. L'injection intra-musculaire peut être associée, le sérum sous-cutané a peu de valeur.

Le traitement général consiste en repos, café noir. On peut combattre le choc circulatoire par la chaleur et les boissons abondantes. Le plus grand danger est l'arrêt de la respiration et la morphine est tout à fait contre-indiquée.

Avec le sérum anti-venimeux, la mortalité par morsure de serpent-tigre est pratiquement négligeable.

ROBERT CLÉMENT.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

(Varsovie)

W. Zaleski. ***Essais d'implantation de l'œuf fécondé chez les lapines*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome X, n° 49, 6 Décembre 1931). — Z. a pratiqué des essais suivis de succès de greffes de l'œuf fécondé d'une lapine dans l'utérus d'une autre lapine, préalablement préparée à cette intention par la ligature des deux trompes et la copulation, destinée à placer la muqueuse utérine de l'animal dans les conditions favorables à la réception de l'œuf fécondé. Cette « homoiotransplantation » n'a pas entraîné de processus de dégénérescence et n'a nullement entravé le développement consécutif de l'œuf, conduit jusqu'au milieu de la période de gestation, moment où Z. a sacrifié la lapine. L'auteur se propose, dans des expériences ultérieures, de laisser se poursuivre l'évolution de l'œuf jusqu'au terme.

FRIBOURG-BLANC.

A. S. Melcer. ***Traitement du diabète par la vitamine B*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome XI, n° 5, 31 Janvier 1932). — La vitamine B a fait l'objet de nombreux travaux. En dehors de l'action sur le métabolisme des albumines, des graisses et des lipoïdes, elle exerce une action manifeste sur les hydrocarbones. Son rôle est assez important pour lui mériter, par analogie à l'action des hormones des glandes à sécrétion interne dans le métabolisme des sucres, le nom d'hormone externe. Funk, Schenborn, Collazo, Lelesz, Rathery, consacrent à la vitamine B de nombreux travaux d'où il ressort que l'insuffisance de la vitamine B provoque de l'hyperglycémie par une action directe et exclusive sur la combustion des sucres. Chez les diabétiques, la vitamine B augmente la tolérance pour les hydrocarbones et abaisse le niveau du sucre dans le sang. En somme, la vitamine B améliore le métabolisme des hydrocarbones. D'autre part, Chabowitch, dans son étude sur la polynévrite des pigeons, démontre l'existence d'une parenté évidente entre l'insuline et la vitamine B.

M. expérimente les propriétés de la vitamine B en clinique au point de vue du traitement du diabète. Son étude s'étend depuis un an sur six cas de diabétiques. Il administre aux malades 10 gr. de levure par jour par périodes de 6 à 8 semaines.

Les résultats que M. illustre d'une observation type peuvent être résumés de la façon suivante :

1° Le traitement du diabète par les vitamines B aboutit en général à la guérison ou tout au moins à une amélioration notable en régularisant la combustion des sucres.

2° L'action thérapeutique des vitamines B ne se limite pas à la période d'administration de la levure et se prolonge après l'arrêt du traitement.

3° Ce traitement très simple échoue partiellement dans des cas de diabète où les troubles de régulation de la combustion du sucre s'associent à la décomposition anormale du glycogène en sucre. Mais, même dans ces cas graves, l'atténuation des symptômes généraux et la diminution de la glycosurie sont intéressantes à réaliser.

Il semble donc que l'administration de la levure devrait être prescrite dans tous les cas de diabète, même dans les cas graves où l'insuline est indispensable. Dès le début du traitement, la levure remplace partiellement l'insuline pour lui être substituée ensuite. Cette vitaminothérapie a aussi un avantage pratique appréciable, c'est de permettre d'élargir le régime des malades, même vis-à-vis des hydrocarbones, ce qui est très appréciable, surtout pour les malades anémiés ou cachectiques.

FRIBOURG-BLANC.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

(Varsovie)

Edward Flatau. ***De l'épidémie d'encéphalo-myélite disséminée en Pologne (1929-1931)*** (*Warsz. Czas. Lek.*, tome VIII, n° 49, 3 Décembre 1931; n° 50, 10 Décembre 1931; n° 51, 17 Décembre et n° 52, 24 Décembre 1931). — Depuis l'épidémie d'encéphalo-myélite disséminée qui a eu lieu en Pologne en 1928, F. continue à étudier cette intéressante affection du névraxe. Il apporte la description de 17 nouvelles observations et donne la suite de l'évolution clinique de trois cas publiés antérieurement. F. exclut intentionnellement de son travail un certain nombre de cas, bien qu'ils offrent une analogie évidente avec l'encéphalo-myélite disséminée épidémique, pour les classer séparément dans un sous-groupe spécial qu'il désigne du nom de « sympathaxitis epidemica » et qui feront l'objet d'un autre travail. Les cas observés pendant la période de 1929-1931 offrent les caractères évidents d'une régression d'intensité de la maladie bien que F. ait enregistré deux cas mortels.

En se basant sur sa large expérience clinique personnelle récente et antérieure et sur une riche littérature consacrée à la question, F. modifie légèrement son opinion sur la pathogénie de l'affection. Il arrive à la conclusion que l'encéphalo-myélite disséminée épidémique est une affection différente de la sclérose en plaques et de l'encéphalite léthargique. C'est une affection inflammatoire indépendante et différenciée par l'ensemble anatomo-pathologique, étiologique et par l'évolution clinique. Les agents pathogènes de ces affections sont probablement très rapprochés mais offrent cependant des différences assez nettes pour être différenciés. Celui de la sclérose en plaques est beaucoup plus virulent. Il ne régresse pas. Il peut demeurer à l'état latent pendant de nombreuses années pour subir plus tard, sous l'influence de facteurs inconnus, des réveils redoutables. L'ultravirus de l'encéphalo-myélite est biologiquement beaucoup plus faible, s'épuisant rapidement. Il atteint la substance nerveuse superficiellement, l'effleure seulement et finalement disparaît complètement. Il semble que le virus de l'encéphalo-myélite épidémique disséminée ait une affinité de prédilection pour le système sympathique, d'où ce caractère clinique d'étranges paresthésies du type causalgique. Le tableau clinique offre aussi certaines différences. L'encéphalo-myélite disséminée épidémique peut se rencontrer chez l'enfant (4 cas). Son début est brusque, caractérisé par des paresthésies ayant des localisations étranges, des sensations subjectives bizarres. Les signes confirmant les désordres du côté sympathique sont nombreux (sueurs, raie blanche, troubles vaso-moteurs). Les troubles moteurs et sensitifs ont une tendance générale à la régression. Il n'y a jamais de rechutes. Dans le domaine des troubles de la réflectivité, le syndrome mentonnier et le réflexe massétéro-brachial de Conos méritent d'être soulignés.

FRIBOURG-BLANC.

ACTA SOCIETATIS MEDICORUM FENNICÆ « DUODECIM »

(Helsingfors)

Noponen. ***Contribution à l'étude de l'acidité gastrique chez les sujets sains*** (*Acta societatis medicorum fennicæ « Duodecim »*, série B, tome XIV, fasc. 1, 1931). — N. a pratiqué des dosages systématiques de l'acidité de l'estomac après repas d'épreuve chez les habitants d'une paroisse de Finlande. Sur les 307 sujets examinés, 170 ne présentaient aucune affection gastrique et 137 avaient eu des troubles digestifs légers. Il a constaté que, chez les sujets à estomac sain, le taux de l'acidité était étonnamment élevé, sauf dans quelques exceptions où manquait l'acide chlorhydrique. Chez les sujets ayant présenté des troubles digestifs, ainsi que chez les sujets âgés, le taux de l'acidité était plus bas. Enfin, il n'y avait pas de différence notable entre les sexes. En ce qui concerne le rapport entre l'acidité gastrique et l'alimentation, N. a établi que, pour une alimentation particulièrement riche en valences acides et en éléments susceptibles de stimuler la sécrétion, le taux de l'acidité était plus élevé : la plupart des sujets examinés étaient soumis à une alimentation de cette nature (pain de seigle, lait caillé, rôtis à la graisse), d'où la fréquence de hautes valeurs d'acidité.

Voici, d'après l'auteur, les résultats les plus intéressants donnés par ses recherches :

1° Il existe deux types d'acidité, l'une forte, l'autre faible, et le premier type (acidité forte) est 4 fois plus fréquent que le second ;

2° Quand la teneur en mucus du contenu de l'estomac est augmentée (24 pour 100 des sujets sains, et 64 pour 100 des sujets ayant eu des troubles digestifs), le taux de l'acidité est moins élevé;

3° Chez les porteurs de bothriocéphale (50 pour 100 des cas), le taux de l'acidité est plus bas ;

4° Dans les fèces, on constate habituellement, en corrélation avec un taux élevé d'acide dans l'estomac, un p_H abaissé, et une réaction iodique positive résultant des hydrates de carbone non digérés.

G. BASCH.

REVUE DES JOURNAUX.

PARIS MÉDICAL

Dioclès. *Etude stéréoradiographique des plis de la muqueuse digestive* (*Paris Médical*, tome XXII, n° 6, 6 Février 1932). — Pour bien voir radiologiquement les plis de la muqueuse gastrique, on s'est d'abord adressé à des compressions localisées par ballons et ceintures, ou bien l'on a ajouté du jaune d'œuf au corps opaque employé. Ces méthodes présentent d'importants inconvénients, aussi D. s'est-il adressé à l'oxyde de thorium déjà utilisé en Allemagne avec succès comme substance de contraste, parce que, outre son absence absolue de toxicité, le thorium a un poids atomique très élevé et constitue un des corps simples les plus opaques aux rayons X.

La « diagnothorine » est un liquide colloïdal, aqueux, blanchâtre, légèrement dichroïque, de densité élevée, neutre, inerte, et de saveur légèrement astringente non désagréable. Sa teneur en oxyde de thorium est de 25 pour 100, il flocule au niveau de la muqueuse en déposant dans les moindres replis de celle-ci une couche d'oxyde de thorium. 100 cmc suffisent pour pratiquer tous les examens nécessaires.

Pour l'œsophage, s'il existe une sténose complète ou serrée, la radioscopie permet d'étudier les plis de la muqueuse; dans les autres cas, on prend un ou plusieurs clichés, deux ou trois secondes après la prise de la substance opaque.

Pour l'estomac, il est préférable de procéder préalablement à l'examen des contours à l'aide de la gélobarine; si le diagnostic reste hésitant, on a recours à l'examen par l'oxyde de thorium. En raison de la complexité des images des plis muqueux dues à la superposition des parois, l'interprétation est extrêmement difficile sur les clichés simples, il est nécessaire de prendre des clichés stéréoscopiques au 1/15 de seconde, à l'aide de l'appareil de téléstéréo-radiographie.

En opérant dans ces conditions, on obtient de très belles et très intéressantes images qui permettent de déceler des lésions ulcéreuses ou néoplasiques au début. L'oxyde de thorium est indiqué aussi lorsqu'il s'agit de localiser des calculs, des projectiles, des épingles au voisinage de l'œsophage, de l'estomac, du duodénum ou de l'intestin, car les images fournies sont transparentes et ne masquent pas les calcifications, les épingles ou les éclats métalliques très fins comme les autres corps opaques.

Robert Clément.

J. Cathala. *Les anémies alimentaires dans le premier âge* (*Paris Médical*, tome XXII, n° 9, 27 Février 1932). — Dans les 2 ou 3 premières années, en dehors des anémies qui relèvent directement d'une maladie primitive du sang (anémie pernicieuse, leucémie aiguë) ou d'une maladie infectieuse, l'anémie s'installe insidieusement, progressivement, sans que l'on puisse déceler une cause morbide définie. Ces anémies se réparent parfois spontanément; la guérison est rapide quel que soit l'âge quand on change et élargit le régime. Elles semblent en rapport avec un trouble de nutrition particulier à la première enfance, en rapport avec l'alimentation, elles méritent le nom d'anémie alimentaire.

Ces anémies ne se manifestent qu'après le sixième ou le huitième mois. Elles sont surtout fréquentes à la fin de la première et dans le cours de la deuxième année, elles ne s'observent guère au delà de la troisième année.

Elles affectent essentiellement les enfants nourris artificiellement, surtout ceux alimentés exclusivement avec le lait de vache, et particulièrement ceux qui en prennent une quantité excessive dépassant largement le litre.

Les prématurés, les débiles, les jumeaux y semblent prédisposés; il existe par ailleurs une prédisposition familiale.

A l'anémie est souvent associé le rachitisme, quelquefois des infections catarrhales des voies respiratoires. Les rhinopharyngites, bronchites, otites fébriles, sont des satellites communs de l'anémie alimentaire. Très souvent, mais non d'une façon constante, il existe des troubles digestifs, notamment la dyspepsie du lait de vache.

On peut rencontrer une anémie hémoglobinique pure, une anémie simple globulaire, une anémie orthoplastique avec érythrocytose, une anémie myéloïde type von Jacksch-Luzet. Il n'existe pas de formule sanguine propre à l'anémie alimentaire.

Le concept anémie alimentaire est essentiellement pratique, de pure observation clinique : l'échec d'une expérimentation théorique ou la réfutation d'une doctrine pathogénique ne peuvent prévaloir contre les faits observés.

On a invoqué une prédisposition des jeunes enfants, l'hyperhémolyse ou la réparation déficitaire. La théorie trophotoxique considère que l'aliment habituel du nourrisson, le lait, se comporte dans certaines circonstances comme un véritable poison. La théorie trophopénique invoque la carence d'origine alimentaire d'un élément nécessaire à la formation des globules rouges. On a invoqué successivement la carence de fer, la carence de vitamines et la carence d'acides aminés.

Ces données physiopathologiques permettent d'orienter rationnellement la thérapeutique: élargir le régime, donner en abondance des produits frais riches en vitamines, en fer et en chlorophylle. Dans les cas complexes, il faut, en outre, s'adresser aux autres facteurs étiologiques possibles.

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

A. Philibert. *Nouvelle conception de la pathogénie des oreillons* (*Le Progrès Médical*, n° 4, 23 Janvier 1932). — Pour P., les oreillons sont une encéphalite primitive; les parotidites, l'atteinte des glandes salivaires, des testicules, du pancréas, des glandes lacrymales et parfois des reins sont secondaires et peuvent manquer.

A l'appui de cette hypothèse, il réunit et énumère les symptômes nerveux: la réaction méningée constante, parfois véritable méningite fruste; cas plus rares de paralysie faciale totale ou parcellaire, de paralysie des nerfs moteurs de l'œil, éruption zostériforme parcellaire du trijumeau, hémiplégie droite avec aphasie, tétraplégie flasque, paralysie du plexus brachial.

Ces méningo-encéphalites, d'abord considérées comme une localisation secondaire du virus ourlien, peuvent précéder nettement la parotidite et dans quelques cas être la première localisation du virus ourlien sur l'organisme.

Le virus ourlien étant donné la précocité des symptômes encéphalo-méningés ne peut être qu'un virus cytotrope neurotrope. Les coccis décrits par Charrin et Capitan, Olivier, Laveran et Catrin, Tessier et Esmein, le spirochète de Kermorgant ne sont que des saprophytes banaux de la bouche. Par contre, toute une série d'expériences démontre dans la salive des malades atteints d'oreillons la présence d'un virus filtrant, invisible incultivable, reproduisant chez l'animal la parotidite non suppurée. La maladie expérimentale peut être transmise en série au chat.

La porte d'entrée du virus ourlien n'est pas encore connue, mais celui-ci semble gagner électivement les centres nerveux, déterminant lorsqu'il est peu virulent des lésions peu profondes et transitoires, provoquant, lorsqu'il est plus actif, la destruction des cellules nerveuses entraînant des paralysies définitives. Des centres nerveux, le virus est éliminé par les glandes salivaires, provoquant ou non le gonflement, la destruction partielle de celle-ci, par le pancréas, et passe quelquefois dans le testicule, le rein ou d'autres glandes.

Robert Clément.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

Pedro Escudero (Buenos-Aires). **I. *La suppression progressive et totale du pancréas chez le chien ne produit pas le diabète.* II. *Le tissu réticulo-endothélial est le tissu vicariant du pancréas*** (*Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, tome III, n° 1, Janvier 1932). — Les expériences de E. prouvent que la destruction lente et totale du pancréas insulinique ne fait pas naître de diabète chez le chien. Ceci est dû à l'action substitutive d'un autre tissu, le tissu réticulo-endothélial, qui remplacerait l'action de l'insuline des îlots de Langerhans. La suppression de cette action vicariante produit à son tour un diabète grave qui tue le chien en coma diabétique par manque d'insuline.

Cette expérience est l'antithèse de celle de Mering et Minkowsky, qui ont obtenu un diabète mortel par extirpation brusque du pancréas; mais il y a une grande différence entre l'expérience de ces auteurs et celle de E. La première a lieu presque fatalement dans tous les cas, celle de E. a ses exceptions, dont quelques-unes restent à déterminer.

L'action vicariante du tissu réticulo-endothélial peut être incomplète par suite de la déficience ou de la maladie de ce tissu. Comme ce dernier est réparti inégalement dans l'organisme, on n'est pas toujours sûr de sa destruction. La splénectomie chez le chien ne produit pas constamment une déficience du tissu réticulo-endothélial, car, chez cet animal, il en existe très peu dans la rate. Le blocage dans les formes habituelles produit seulement des destructions partielles et transitoires.

Ces faits expliquent pourquoi on peut avoir quelques échecs, même en se plaçant dans les conditions établies par l'auteur. Il y a là sujet à bien des recherches.

L. Rivet.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

R. de Grailly et P. Daron. *L'action de certaines huiles sur l'évacuation de la vésicule biliaire suivie radiographiquement après ingestion de tétraiode* (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, tome LII, n° 50, 13 Décembre 1931). — Chez des sujets jeunes, indemnes de tout antécédent hépatique, maigres pour que la visibilité soit meilleure aux rayons X, préparés pour l'examen radiographique, l'administration par la bouche de 15 pilules de tétraiode dans un repas complet, suivi d'une potion opiacée, permet de suivre les modifications de l'ombre vésiculaire après ingestion de certaines huiles. Pour chaque huile, il a été fait une série de clichés représentant l'ombre vésiculaire avant l'absorption de l'huile et toutes les demi-heures ou toutes les heures après. L'aire correspondante relevée sur papier transparent est reportée sur une feuille de plomb laminée. Les aires de plomb découpées et pesées

permettent une comparaison suffisamment rigoureuse et traduisent les variations de volume vésiculaire. Pour chaque huile: d'arachides, de ricin ou de paraffine, il a été construit des courbes en portant en abscisses le temps et en ordonnées la surface de l'aire vésiculaire. La moyenne de toutes ces courbes permet de construire pour chaque huile une courbe type.

Les courbes obtenues avec l'huile d'arachides et l'huile de ricin présentent 2 temps: phase ascendante, phase descendante rappelant, mais de façon moins nette, la courbe obtenue avec l'huile d'olive. La courbe obtenue avec l'huile de paraffine se rapproche d'une parallèle à l'axe des abscisses.

L'ingestion d'huiles correspondant à des composés de formules chimiques voisines entraîne une action cholagogue globale : 1° cholérétique (phase de mise en tension); 2° cholécystokinétique (phase d'évacuation). Avec l'huile de paraffine, les modifications imprimées sont minimes.

Cette épreuve permet peut-être de juger un état vésiculaire ou un état hépatique. Les huiles sont un moyen d'agir sur certaines vésicules atones.

Enfin, on peut considérer cette étude comme une introduction à la classification des cholagogues.

ROBERT CLÉMENT.

R. Dupérié et **R. Bargues**. ***A propos des réflexes inconditionnels du nourrisson; le réflexe de l'étreinte de Moro*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, tome LIII, n° 5, 31 Janvier 1932). — Le réflexe de l'étreinte a été décrit ainsi par Moro: « Si l'on place un nourrisson sur une table et que de l'un ou l'autre côté, on frappe le bois avec force, on obtient une réaction motrice. Les bras s'écartent d'abord, puis décrivent un arc de cercle pour se rapprocher dans une attitude d'embrassade. » D. et B. ont effectué la recherche de ce réflexe sur 150 enfants en majorité normaux, ils l'ont trouvé d'une façon régulière chez les nourrissons jusqu'à 3 mois avec un maximum d'intensité au cours des six premières semaines de l'existence et diminution progressive et disparition au cours du quatrième ou du cinquième mois.

L'excitation doit être brusque; un brusque changement de position, les secousses de diverses parties du corps, la chaleur ou le froid, à la condition qu'ils agissent sur une partie suffisante du corps, font apparaître le réflexe. Au contraire, aucune stimulation sonore ni lumineuse ne peut le produire; l'injection d'eau chaude ou d'eau froide dans l'oreille n'a aucun effet. On observe des faits analogues au niveau des jambes: soit mouvement d'abduction avec rotation externe des deux cuisses, soit un mouvement de pédales bilatéral. Bien entendu, le réflexe peut varier d'intensité. Le réflexe de la peur simule le réflexe de Moro; cependant, on a pu provoquer celui-ci chez les enfants en train de pleurer. Lorsque les 2 réflexes se produisent simultanément, ils sont séparés par une pause presque imperceptible.

A l'état pathologique, ou bien le réflexe peut persister au delà de son temps normal de production, ou bien il est absent, ou bien il est atypique. Sa persistance prolongée est la preuve d'un retard mental ou d'une atteinte de ces centres nerveux, elle existe dans l'idiotie mongolienne, l'hydrocéphalie, les encéphalopathies infantiles, le stade terminal des méningites aiguës.

L'absence de réflexe dans les premières semaines de l'existence a été signalée dans des cas d'hémorragies méningées et de débilité congénitale.

Le réflexe atypique est le plus souvent unilatéral comme on l'a vu en cas de lésion unilatérale: paralysie du plexus brachial, fracture de la clavicule.

On voit l'intérêt pronostique et diagnostique de la recherche du réflexe de Moro.

Le mécanisme de ce réflexe conditionnel est encore incertain, mais ses modifications au cours des premiers mois renseignent sur l'état du développement des centres nerveux, ses anomalies peuvent mettre sur la piste d'affections générales portant sur les centres nerveux, ou locales frappant un seul des membres supérieurs.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
(Paris)

G. Heuyer et **M[lle] Serin**. ***Formes arrêtées ou fixées de la démence précoce*** (*Annales médico-psychologiques*, 14e édit., 90e année, tome 1, n° 2, Février 1932). — A propos de 3 observations personnelles de formes arrêtées ou fixées de la démence précoce, H. et S. passant en revue les diverses conceptions de la démence précoce, estiment qu'il convient en psychiatrie comme en médecine générale de s'attacher à la notion des syndromes morbides plus qu'à celle des maladies, et qu'il y a tout avantage dans le cas présent à se détacher des conceptions psychologiques et psychanalytiques d'origine germanique de cette affection, séduisantes peut-être, mais qui malheureusement nous éloignent des faits. C'est ainsi que, dans la démence précoce, l'élément morbide essentiel, qui est bien la démence, était passé au second plan et presque négligé.

Les traits cliniques essentiels des observations de H. et S. sont: 1° le début vers l'âge de la puberté; 2° l'existence d'un syndrome délirant et hallucinatoire à la période de début; 3° la disparition ensuite de ces troubles délirants, et la fixation de la maladie en un simple état d'affaiblissement intellectuel permettant le séjour du malade dans le milieu familial.

L'affaiblissement intellectuel étudié avec les tests de Binet et Simon, la démence, ont surtout montré chez ces sujets l'existence d'une perte de l'activité pragmatique qui rend leur activité sociale à peu près nulle. Il existe par contre une conservation de l'affectivité chez ces sujets souvent digne d'être notée.

H. SCHAEFFER.

JOURNAL D'UROLOGIE
(Paris)

P. Buzeu et **N. Constantinesco** (Bucarest). ***L'étude de la compensation fonctionnelle immédiate du rein restant après la néphrectomie par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine*** (*Journal d'Urologie*, tome XXIII, n° 1, Janvier 1932). — B. et C. étudient la compensation fonctionnelle par le rein restant après néphrectomie. Ils prennent comme test de la fonction rénale l'élimination de phénolsulfonephtaléine et, se basant sur elle, concluent que la compensation fonctionnelle se produit dès les premières vingt-quatre heures qui suivent l'opération. Le chiffre de l'urée sanguine monte durant les jours qui suivent l'opération; la constante s'élève considérablement vers le dixième jour surtout, et ne garde de parallélisme ni avec l'azotémie, ni avec l'épreuve à la phénolphtaléine. Elle ne permet donc pas d'évaluer la hausse de la fonction rénale après la néphrectomie.

Le travail de B. et C. appelle les critiques suivantes : l'élimination de phénolphtaléine, influencée à la fois par le rein, le foie et l'appareil circulatoire, n'est qu'un test approché de la fonction rénale; une azotémie inférieure à 1 gr. ne permet de rien dire de la fonction rénale ; la constante n'a de signification qu'établie avec une correction scrupuleuse; il est essentiel que le malade soit à jeun depuis douze heures; ces conditions ne sont pas humainement réalisables après une néphrectomie. Les reproches faits ici à la constante paraissent donc dénués de rigueur

G. WOLFROMM.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

M. Molhant. ***La gastro-duodénite érosive dite ulcéreuse; sa pathogénie et son traitement médical*** (*Le Scalpel*, tome LXXXV, n° 7, 13 Février 1932). — Les douleurs périodiques des malades atteints d'ulcère gastrique ou duodénal ne sont pas dues à une modification du chimisme gastrique. Nombre de malades souffrent avec des acidités inférieures à la moyenne, alors que de grands hyperacides ne se plaignent point; après guérison, il n'y a pas modification de l'acidité gastrique. Le processus d'ulcération est lié au contact du suc gastrique normal avec une muqueuse physiologiquement non adaptée. L'étude histologique des pièces réséquées opératoirement montre une inflammation aiguë diffuse et érosive avec ou sans ulcère pénétrant. Pour expliquer la poussée érosive, on a invoqué des lésions artérielles, des lésions nerveuses, des lésions infectieuses. Pour d'autres, l'ulcère gastrique n'est que l'extériorisation d'une diathèse, les ulcéreux présenteraient « un pH sanguin virant vers les frontières de l'acidité et une acidité urinaire réclamant pour être alcalinisée une dose plus forte que chez l'homme normal ».

A l'heure actuelle, aucune notion pathogénique n'est nettement établie et l'incertitude règne encore sur le mécanisme d'action des cures médicales prônées.

Pour M., « la poussée de gastroduodénite érosive est dans sa nature une réaction allergique et la sensibilisation de la muqueuse gastro-duodénale est conditionnée dans son origine par un processus dyscrasique tissulaire local de dérégulation biologique. En d'autres termes, l'allergisation de la muqueuse relève dans sa cause préparante et déchaînante d'un principe sensibilisant autotoxique, sans qu'il nous soit possible à l'heure actuelle de l'identifier ».

ROBERT CLÉMENT.

ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA
(Bucarest)

C. B. Foresti. ***Purpura hémorragique infectieux typhique primitif [hémogénie typhique]*** (*Anales de la Facultad de Medicina*, tome XVI, n[os] 7, 8, 9, Juillet, Août et Septembre 1931). — Voici le résumé de l'observation de F. Début insidieux par fièvre, frissons, céphalées, asthénie, gingivorragies. Puis s'installent une hémorragie importante de la lèvre inférieure et une éruption de taches purpuriques punctiformes sur le cou, le thorax, aux plis de flexion. Examen viscéral négatif. Examen hématologique: *Eléments normaux:* hématies 2.130.000; valeur globulaire 0,93; leucocytes : 2.000 (polynucléaires 38 pour 100, lymphocytes 44 pour 100, grands mononucléaires 18 pour 100); hématoblastes : 6.390. *Eléments anormaux :* anisocytose, polychromatophilie, poïkilocytose légère; normoblastes 6 pour 100; métamyélocytes neutrophiles 2 pour 100. Hématurie microscopique.

Donc : *syndrome hémogénique* (grosse diminution des hématoblastes, fragilité vasculaire); *syndrome anémique* (anémie grave, plastique, à normoblastes); *syndrome leucocytaire* (leucopénie, mononucléose).

Hémoculture négative, *séro-diagnostic positif* (groupe typhique).

Traitement : trypaflavine, thromboplastine de Squibb, en dépit desquelles les hémorragies persistent, l'état typhoïde s'aggrave, le coma s'installe, puis la mort survient, après dix jours de maladie.

Deux pathogénies sont acceptables : pathogénie *sanguine* (thrombopénie), et pathogénie *vasculaire* (endothélite destructive). F. s'arrête à la seconde.

Le séro-diagnotic établit l'étiologie typhique. Des cas semblables ont été attribués à la méningococcémie (*purpura fulminans* de Hénoch). Le typhus angio-hématique primitif de Landouzy-Gomot est peut-être en réalité une « hémogénie typhique », semblable à celle dont F. rapporte l'observation. G. d'Heucqueville.

CLUJUL MÉDICAL

(Cluj, Roumanie)

D. Michail et **P. Vancea** (Cluj). ***Existe-t-il une sécrétion interne des glandes lacrymales ?*** (*Clujul médical*, tome XII, n° 12, 1er Décembre 1931). — Cet article est la réunion d'une série de communications faites par les auteurs à la Société de Biologie de Paris et dans lesquels ils ont étudié l'action des extraits de glande lacrymale.

En terminant, ils se demandent s'il existe réellement dans l'organisme une sécrétion endocrine des glandes lacrymales, capable de produire des effets semblables à ceux des extraits tels qu'ils les ont étudiés. Il faut reconnaître qu'il est bien difficile de donner à cette question une réponse affirmative, car on ne connaît encore rien des troubles généraux sur l'organisme, ni des troubles du côté de la sphère oculaire, à part la disparition de la sécrétion des larmes, susceptible de survenir à la suite de l'extirpation des glandes lacrymales. M. Guibé.

SPITALUL

(Bucarest)

J. Stoia et **M. Stanescu** (Bucarest). ***Abolition du réflexe spino-ombilical dans les appendicites chroniques*** (*Spitalul*, tome XII, n° 12, 1er Décembre 1931). — S. et S. ont recherché le réflexe cutané abdominal le long de la ligne spino-ombilicale droite, c'est-à-dire de la ligne qui joint l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic.

Ils l'ont recherché dans huit cas d'appendicite chronique opérés; il était toujours aboli. Sur 14 autres cas, établis par la clinique et l'hématologie, il manquait 11 fois et les 3 autres fois il était diminué. Sur 132 autres cas avec signes d'appendicite chronique et avec crise antérieure nette d'appendicite, il était aboli 33 fois, diminué 33 fois, conservé dans 3 cas.

Dans 40 cas d'affections ne présentant aucun signe abdominal, il existait constamment plus ou moins marqué.

Ce réflexe peut donc être considéré comme un signe nouveau, non encore décrit dans l'appendicite chronique; facile à rechercher, il constitue un bon aide dans le diagnostic de l'appendicite chronique. M. Guibé.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Munich, Vienne)

M. Hochrein. ***Traitement de la tachycardie paroxystique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 49, 4 Décembre 1931). — Un traitement prophylactique des accès de tachycardie paroxystique non compliqués a été expérimenté durant deux années.

Chez des sujets, dont les accès n'étaient pas enrayés par les indications curatives habituelles (quinine, quinidine, strophantine, etc.), il fut possible à l'aide de mesures diététiques, de psychothérapie et surtout d'administration d'atropine, d'obtenir un résultat favorable après 3 à 4 jours de médication atropinée. La sédation persistait parfois de façon remarquable lors de l'interruption de la thérapeutique. A propos de 2 observations détaillées, H. expose les modalités précises du traitement qu'il propose et envisage succinctement le mode d'action de l'atropine sur le fonctionnement cardiaque des malades. G. Dreyfus-Sée.

Kiouka. ***Danger d'intoxication lors de l'emploi d'extincteurs utilisant les vapeurs du tétrachlorure de carbone*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 50, 11 Décembre 1931). — L'inefficacité des appareils à eau lors d'inflammation de substances grasses (huiles, graisses) a fait préférer l'emploi d'extincteurs à tétrachlorure de carbone qui présente en pratique des avantages considérables lors d'incendies de liquides inflammatoires ou d'appareils électriques. On a également proposé de les utiliser pour éteindre les flammes environnant des personnes dont les vêtements étaient imprégnés de substances grasses, de benzol, etc.

L'étude de la toxicité du tétrachlorure de carbone est donc très importante.

Expérimentalement, des intoxications graves ont été obtenues par inhalation des vapeurs de tétrachlorure.

Sur la peau saine, même rasée, l'application du liquide est par contre inoffensive. Mais sur les téguments brûlés, avec perte de substance plus ou moins étendue, l'absorption détermine chez l'animal des accidents toxiques graves parfois mortels, absolument comparables à ceux que produit l'inhalation.

Rien ne permet de penser qu'il en soit autrement chez l'homme, de telle sorte que l'utilisation des extincteurs à tétrachlorure de carbone doit être rejetée pour le corps humain.

G. Dreyfus-Sée.

J. Prufer. ***Nécessité d'une discussion du traitement radiothérapique des syndromes basedowiens ; 6 cas de morts liés à la radiothérapie pendant une période d'observation de 4 années*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXVIII, n° 52, 25 Décembre 1931). — Malgré nombre de discussions à ce sujet, l'accord n'est pas fait sur la question de savoir quelle est la thérapeutique de choix dans la maladie de Basedow. Parmi les arguments invoqués en faveur de la radiothérapie, l'un des principaux est certes l'absence de risque théoriquement opposé à la mortalité opératoire.

Les dangers possibles des irradiations thyroïdiennes : trouble thyréo-toxique par excitation glandulaire ou myxœdème par excès de rayons X, sont habituellement rapportés à une posologie incorrecte.

Cependant des cas de morts consécutifs au traitement ont été signalés par plusieurs auteurs. Depuis quelques années, on a tendance à envoyer au chirurgien les formes légères et à réserver la radiothérapie aux cas graves. Or, il importe de restreindre les indications des irradiations; sinon des accidents sérieux, voire mortels, deviendront de plus en plus fréquents au cours de ce traitement. P. en a observé 6 exemples depuis 4 ans, évoluant de façon sensiblement analogue: coma adynamique coupé de crises d'excitation, hyperthermie et mort.

Ces faits ne sont nullement de nature à discréditer la radiothérapie des syndromes basedowiens, mais doivent inciter à une plus grande prudence dans le choix des malades et à une surveillance plus attentive du traitement.

G. Dreyfus-Sée.

E. Schieck. ***Les phlyctènes manifestations d'immunité*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 1, 1er Janvier 1932). — Les conjonctivites et kératites phlycténulaires ont été longtemps considérées comme des manifestations scrofuleuses.

Du point de vue clinique, la non-identité de ces affections a été déjà établie, S. envisage actuellement la question vis-à-vis du problème immunitaire.

Le rôle du bacille tuberculeux dans le déterminisme des phlyctènes conjonctivales est infirmé par des observations indiscutables relatant des causes différentes; en particulier, S. cite une observation dans laquelle l'origine gonococcique était démontrée. Les phlyctènes apparaissent au cours de l'évolution d'une affection chronique (tuberculose, gonococcie) comme une expression de la réaction spécifique immunitaire conjonctivale vis-à-vis du microbe et de ses toxines. Les ophtalmo-réactions tuberculiniques autrefois utilisées fournissent la preuve de ce processus. La conjonctive réagit localement par la création d'anticorps spécifiques à l'application locale d'un antigène, et des produits toxiques de désintégration albuminoïdes sont ainsi libérés. Il s'agit là d'un véritable phénomène de type anaphylactique chez des sujets sensibilisés.

Expérimentalement, des phénomènes analogues ont pu être réalisés chez l'animal. Chez l'enfant, une poussière, un corps étranger porteur des microbes vis-à-vis desquels s'est faite la sensibilisation va déterminer par contact avec la conjonctive la réaction phlycténulaire plus ou moins intense, parfois nécrotique.

Les relations de cette affection avec la diathèse exsudative de Czerny peuvent s'observer, ce terrain spécial favorisant les réactions allergiques, mais la coïncidence des deux affections est loin d'être la règle.

En ce qui concerne la thérapeutique, ces notions pathogéniques conduisent à utiliser un traitement désensibilisant et antiallergique.

G. Dreyfus-Sée.

L. Spilzer. ***Considérations sur les enfants nés de parents syphilitiques*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 3, 15 Janvier 1932). — S. publie une statistique personnelle résultant d'observations poursuivies durant 30 années et portant sur 158 familles régulièrement suivies. Le pessimisme de ses conclusions et la gravité des mesures qu'il propose justifient un contrôle sévère des faits qu'il avance, et il serait souhaitable qu'une enquête générale pût être pratiquée sur ce sujet dont les conséquences peuvent être capitales pour l'espèce.

Sur 700 ménages de sujets syphilitiques, S. n'a retenu que 158 observations, négligeant les familles dont l'histoire n'avait pu être suivie assez longtemps. Les enfants de ces 158 couples sont tous âgés actuellement de 10 à 21 ans, dix années minimum paraissant exigibles pour affirmer l'intégrité du développement des suspects.

La notion de guérison basée uniquement sur la durée et l'intensité du traitement suivi est infirmée par plusieurs cas montrant l'apparition de stigmates syphilitiques chez les enfants de sujets soumis à une thérapeutique correcte durant 3 années et présentant une sérologie négative.

Ces données à l'inverse du dogme classique n'apparaissent donc pas suffisantes pour permettre le mariage et la procréation sans risque. La statistique des 158 unions de syphilitiques traités, soit mariés entre eux, soit unis à des sujets sains, est décevante :

78 mariages sont demeurés stériles (49 pour 100).

Les 80 couples féconds ont mis au monde 117 enfants.

76 d'entre eux ont renoncé à procréer après la naissance d'un enfant malade, mais la natalité dans les 64 ménages qui n'ont employé aucun procédé de restriction est demeurée faible (101 enfants).

Les 117 enfants se répartissent de la façon suivante :

16 hérédo-syphilitiques avec lésions manifestes dès la naissance. Traités précocement et de façon continue, ils ont présenté un développement ultérieur relativement satisfaisant.

Les 101 enfants apparemment normaux à la naissance ont été, par conséquent, peu ou pas traités. Leur développement ultérieur décèle:

14 normaux; 61 mauvais élèves avec état physique médiocre; 4 insuffisants psychiques et physiques, 7 arriérés, 4 épileptiques, 3 pieds bots, 2 bègues, 6 pervers.

L'influence de la thérapeutique systématique, plus fréquemment instituée précocement chez les hérédo-syphilitiques à stigmates nets, paraît donc importante.

Parmi les procréateurs, une partie avait été traitée par le mercure seul durant l'ère présalvarsanique, les autres avaient subi un traitement mixte. La comparaison des enfants ne décèle nulle supériorité de l'une de ces thérapeutiques sur l'autre.

De ces observations décevantes, S. croit pouvoir conclure à un danger persistant pour la race, malgré les cures antisyphilitiques modernes; et il propose des mesures prophylactiques d'une gravité extrême allant *jusqu'à dénier le droit de procréer* à des sujets qu'il considère comme définitivement tarés.

1° Déconseiller le mariage quand l'un des conjoints est syphilitique, ou tout au moins interdire la fécondation.

2° Conseiller aux syphilitiques de se marier entre eux afin d'éviter qu'ils épousent des sujets sains. A ces couples, la procréation serait strictement interdite.

3° Lorsque le conjoint, ancien syphilitique, paraît guéri après examen complet comportant toutes les techniques d'épreuves modernes, son mariage avec une femme saine pourrait donner issue à des enfants normaux. Mais aucun enfant sain ne se développera dans l'utérus d'une femme ayant donné naissance à un produit manifestement syphilitique, sa fécondation devra donc être absolument évitée.

Pour réaliser ces interdictions en pratique, S. propose la stérilisation opératoire d'un des conjoints, par vasectomie si le mari seul est malade, par stérilisation chirurgicale de la femme si celle-ci est seule atteinte. Lors d'une deuxième union, le sujet demeuré sain pourrait ainsi procréer. Si les deux conjoints sont infectés on leur laissera le choix, le consentement de la femme étant habituellement plus aisément obtenu que celui du mari.

Enfin, en dehors de toute spécificité décelable chez les parents, la constatation d'un retard intellectuel chez un enfant indiquerait, selon S., un traitement arsénical qu'il conseille de faire alors par voie digestive.

Ces diverses mesures seraient indispensables pour éviter à la société les charges lourdes entraînées par la naissance d'enfants inaptes à la vie sociale, le développement de la syphilis après la guerre rendant leur accroissement en nombre vraiment inquiétant.

G. Dreyfus-Sée.

E. Rechnitz. ***Six cas de polynévrites toxiques consécutives à l'absorption de capsules d'apiol*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 3, 15 Janvier 1932). — Les capsules d'essence d'apiol sont très employées par les femmes comme médicament abortif, dans la région où exerce R. (Yougoslavie).

Les capsules de 0 gr. 10 à 0 gr. 25 sont aisément obtenues en boîtes de 25; les livres classiques ne signalent d'ailleurs pas d'accidents toxiques dus à leur ingestion; tout au plus, observerait-on, lors de l'emploi de hautes doses, un peu de malaise, de vertige et de céphalée. Il paraît donc vraisemblable que les 6 cas de polynévrites consécutives à l'intoxication apiolée constatés par R. relevaient de l'action associée d'autres produits de distillation plus toxiques, de l'*Aethusa cynapium.*

Quoi qu'il en soit, ces 6 cas présentent de telles analogies cliniques dans la distribution et l'évolution des paralysies des extrémités des membres, que leur cause est certainement univoque.

Après un début par fourmillement au niveau des mains et des pieds, une quinzaine de jours après l'ingestion des capsules d'apiol, les femmes présentent une paralysie flasque progressive des muscles innervés : le sciatique poplité externe et les nerfs plantaires au niveau du pied. Aux mains, les paralysies sont plus dissociées et plus frustes, mais déterminent également une gêne fonctionnelle considérable. Les réactions électriques sont troublées.

Ces paralysies périphériques et distales s'accompagnent de troubles trophiques et leur pronostic fonctionnel est sévère.

G. Dreyfus-Sée.

R. Laudenheimer. ***Les symptômes tétanoïdes dans l'asthme*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 4, 22 Janvier 1932). — Lors d'un article récent, Schmidt a étudié la coïncidence de manifestations tétaniques et d'asthme qui était caractérisée non par des accès tétaniques spontanés, mais par l'impossibilité d'instituer un traitement adrénalinique qui déclanchait régulièrement les crises tétaniques.

L. a observé chez un malade atteint d'asthme constitutionnel sévère, des phénomènes de contracture musculaire localisés, déclanchés par la percussion légère et limités aux muscles thoraciques, jouant un rôle dans la respiration. Ce même phénomène a été retrouvé ultérieurement dans 18 cas d'asthme, soit environ 1/3 des cas observés. Le grand pectoral, les intercostaux supérieurs et les muscles du cou sont ainsi le plus souvent hyperexcitables ; moins fréquemment les intercostaux inférieurs, les muscles de l'épaule et du dos. Le reste de la musculature demeure indemne ou plus faiblement excitable. Dans 2 cas le signe de Chvosteck était net.

Ces faits observés en dehors de tout traitement adrénalinique permettent de soupçonner un état tétanoïde dont la prédominance sur les muscles respiratoires accessoires fonctionnellement surmenés est facile à expliquer.

Dans des cas de pseudo-asthme cardiaque ou nerveux ces phénomènes n'ont jamais été retrouvés.

G. Dreyfus-Sée.

A. Weltz. ***Les plis diaphragmatiques, signe radiologique d'emphysème, d'asthme et de bronchite chronique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 6, 5 Février 1932). — Lors des examens radioscopiques de sujets atteints d'affections chroniques des voies respiratoires on peut constater l'existence de bosselures formant des arcades successives au lieu de la courbe diaphragmatique normale. Cette image apparaissant lors des inspirations profondes devient moins nette pendant l'expiration. A l'inverse de l'opinion habituellement admise, il ne s'agirait pas de manifestations physiologiques, ni d'adhérences pleurales, mais ce phénomène vérifiable à l'aide de la stéréo-radiologie constituerait un signe radiologique décelant l'emphysème, l'asthme ou la bronchite chronique.

L'examen de 200 sujets avec lésions multiples de l'appareil respiratoire a convaincu W. de l'intérêt de ce symptôme et de sa fréquence. Les sillons souvent observés sur la face supérieure du foie seraient déterminés simplement par ces replis dont ils constituent l'image négative.

G. Dreyfus-Sée.

Strehl. ***Traitement des bronchites par l'éther [méthode de Bier]*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 7, 12 Février 1932). — Cette méthode qui consiste à pratiquer des injections intra-musculaires d'éther au cours des bronchites d'origines diverses a été employée chez 150 malades par S. Ses cas relèvent d'étiologies très variables: bronchites grippales, post-traumatiques, chroniques avec emphysème, bronchites asthmatiques, associées à une pleurésie sèche ou exsudative, abcès pulmonaires, bronchites aiguës diffuses suspectes de tuberculose, etc.

Il affirme avoir obtenu des résultats très favorables (guérison ou amélioration fonctionnelle notable) et préconise par conséquent ce procédé qui lui paraît joindre divers avantages: facilité d'application, prix peu élevé, efficacité rapide.

G. Dreyfus-Sée.

H. Widenhorn. ***L'anesthésie au protoxyde d'azote*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 8, 18 Février 1932). — Ce mode d'anesthésie paraît très supérieur à celui obtenu par des produits analogues de maniement plus dangereux.

Mais une technique précise, encore peu connue en Allemagne, est indispensable. W., après l'avoir longuement utilisée, expose avec détails la méthode qu'il emploie.

Il insiste tout d'abord sur la nécessité pour l'anesthésiste de bien connaître les symptômes cliniques présentés par les sujets aux diverses périodes de l'anesthésie par le gaz hilarant (état des pupilles, de la respiration, du facies, du tonus musculaire, etc). Ces données sont indispensables pour juger de l'évolution normale de la narcose et prévoir les incidents.

Au cours de l'anesthésie les dosages du gaz et de l'oxygène doivent être surveillés de très près.

On fournira au sujet progressivement la quantité de gaz suffisante pour obtenir un sommeil profond, en ayant soin après vingt minutes d'anesthésie de réintroduire de l'oxygène dans le masque afin de renouveler la provision épuisée des tissus. Ces proportions exactes, ainsi que les symptômes permettant de repérer les divers stades, sont exposés avec précision au cours de cet article inspiré par les méthodes employées en Amérique. W. espère ainsi apporter aux anesthésistes allemands un procédé sans danger, permettant une plus large utilisation d'un mode d'anesthésie qui a déjà fait ses preuves dans plusieurs pays.

G. Dreyfus-Sée.

E. Langer et **C. Engel.** ***Etude de la lymphogranulomatose inguinale à localisation rectale.*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 9, 26 Février 1932). — Les travaux cliniques modernes ont bien individualisé la lymphogranulomatose inguinale, quatrième maladie vénérienne, transmissible aux animaux, mais dont l'agent étiologique demeure jusqu'à présent inconnu. Les manifestations précoces de cette affection consistent en un élément primitif vite curable et une adénopathie locale, rebelle assez longtemps à la thérapeutique. Des éruptions, témoignant d'une dissémination générale, ont été signalées.

D'accord avec plusieurs autres observateurs, L. et E. considèrent comme des manifestations tardives, rattachables à la même affection, l'esthiomène de la vulve et le soi-disant syphilome ano-rectal qui est également observé surtout chez les femmes. Ces malades étant souvent syphilitiques et gonococciques on avait rattaché leurs lésions à ces infections causales. Sur la foi des réactions intradermiques, Frei et Koppel auraient apporté dans maintes observations des preuves de la nature spéciale de ces manifestations.

La localisation habituelle des accidents primitifs de lymphogranulomatose expliquerait la prédominance des réactions ganglionnaires précoces chez l'homme, opposée à la fréquence des accidents tardifs chez la femme dont la lésion initiale est souvent méconnue. Le traitement est souvent très dif-

ficile. Les instillations de glycérine stérilisée dans les bubons suppurés ont fourni quelques succès.

G. Dreyfus-Sée.

O. Beck. ***Les échanges de fer des prématurés*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 10, 4 Mars 1932). — Les recherches systématiques sur le fer sanguin n'ont guère été jusqu'ici pratiquées chez les prématurés.

A l'aide d'une méthode personnelle qu'il ne détaille pas, B. s'est efforcé d'étudier le métabolisme ferrique au début de l'existence d'enfants débiles nés avant terme. L'examen du sang des prématurés poursuivi régulièrement montre une chute constante du taux des hématies et de l'hémoglobine. Leur courbe qui débutait au-dessus de la normale ne tarde pas à s'abaisser considérablement alors que la courbe pondérale s'élève normalement.

La destinée du fer ainsi libéré est intéressante à élucider. Or, durant cette période, on constate une élimination martiale anormale dont le maximum est atteint vers le trentième à quarantième jour de l'existence. Pour lutter contre cette perte de fer considérable qui amène souvent des phénomènes d'anémie sérieuse chez les prématurés, la médication ferrique paraît indiquée. L'essai systématique de ce traitement a été pratiqué dans 3 cas, par administration quotidienne de 0 gr. 20 de fer durant quatorze jours, puis suppression les quatorze jours suivants de cette médication. L'étude des éliminations montre qu'il se produit, au moins durant un certain temps, une rétention du fer dans l'organisme.

En pratique cependant, le fer donné seul est inefficace, l'adjonction de vitamine C (également insuffisante à elle seule) est indispensable au succès de la thérapeutique. B. se propose d'étudier ultérieurement l'effet de cette médication combinée sur l'élimination du fer.

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

W. Pagel. ***Contribution anatomo-pathologique à l'étude du début de la tuberculose pulmonaire chronique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift* tome LVII, n° 50, 11 Décembre 1931). — La propagation endogène de la tuberculose pulmonaire aux dépens de foyers calcifiés, apparemment guéris, est fréquente. Quelques-uns de ces foyers sont intra-pulmonaires, d'autres peuvent siéger au niveau des ganglions lymphatiques. Souvent, c'est le développement pubertaire qui constitue la cause occasionnelle de la dissémination, celle-ci empruntant habituellement la voie sanguine, plus rarement la voie bronchique.

L'examen de nombre de ces foyers calcifiés, considérés à tort comme inoffensifs, montre la persistance à leur niveau des bacilles.

Le diabète, dans une observation, paraît avoir joué le rôle déclancheur. De multiples circonstances fortuites peuvent avoir une influence analogue.

Dans tous les cas de reviviscence de foyer, de dissémination de lésions de formes variables, le rôle primordial paraît dévolu au complexe primaire d'où essaiment les bacilles envahissant le plus souvent par voie sanguine des zones plus ou moins étendues.

G. Dreyfus-Sée.

A. Fraenkel. Modes de début de la tuberculose pulmonaire des adultes (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 50, 11 Décembre 1931). — L'étude des films radiographiques successifs montre que le début de la tuberculose pulmonaire peut fort bien se faire sous forme de foyers circonscrits isolés. De telles images peuvent être banales, l'affection évoluant comme une broncho-pneumonie et l'ombre radiologique régressant rapidement. Mais il faut soupçonner l'origine bacillaire des lésions quand le sujet vit en milieu contaminé et que le foyer persiste. La bacillose sera affirmée si on note l'apparition secondaire d'infiltration parenchymateuse ou la fonte cavitaire.

Ainsi la constatation d'un foyer circonscrit doit faire réserver le pronostic et le diagnostic qui seront précisés par l'évolution.

G. Dreyfus-Sée.

H. Staub. ***Les signes précoces de l'insuffisance hépatique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 51, 18 Décembre 1931). — Le diagnostic d'une insuffisance hépatique légère est actuellement basé uniquement sur la constatation de signes fonctionnels de déficience du foie, les modifications de volume, forme, ou consistance de l'organe n'apparaissant que tardivement lors de lésions évoluées.

On admet, en général, que l'insuffisance fonctionnelle peut être affirmée après vérification du trouble de l'une quelconque des nombreuses fonctions du foie. Ceci ne serait cependant vrai qu'à condition de considérer comme intimement liés entre eux les divers modes d'activité de la glande.

Or, en réalité, il n'en est nullement ainsi, et S. croit démontrée l'indépendance réciproque des fonctions hépatiques, de telle sorte que des troubles fonctionnels partiels du foie pourraient fort bien s'observer.

Ainsi, au début d'une affection hépatique, il sera possible de mettre en évidence certaines déficiences de la glande, sans que l'on soit en droit d'en rien induire en ce qui concerne les autres fonctions du foie.

Parmi ces épreuves partielles souvent positives au début, l'auteur passe en revue successivement plusieurs épreuves. L'étude de l'excrétion biliaire ainsi que la circulation entéro-hépatique de l'urobiline et l'élimination de la bilirubine lui paraissent importantes.

Les éliminations de substances colorantes pour lesquelles le tissu réticulo-endothélial joue un rôle notable fournissent des notions également intéressantes.

En deuxième lieu, le rôle du foie dans le métabolisme de diverses substances conduit à rechercher l'état des échanges hydrocarbonés (épreuves de galactose surtout, de fructose, d'acide lactique). Par contre, les troubles de l'assimilation des protides et des lipides témoignent déjà de déficience grave du parenchyme.

Dans l'ensemble, il importerait de contrôler le plus grand nombre possible des fonctions partielles du foie.

Mais les épreuves simultanées d'absorption de substances albuminoïdes, graisses et sucres avec contrôle du sang nécessitent une technique compliquée et sont difficilement réalisables.

Pour apprécier à la fois le fonctionnement des cellules hépatiques et du tissu réticulo-endothélial, la combinaison d'une épreuve colorante (en particulier bromsulpytaléine) et d'une épreuve au galactose serait pratiquemment suffisante.

G. Dreyfus-Sée.

K. Hansen. ***Le traitement du rhume des foins par la désensibilisation*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVII, n° 51, 18 Décembre 1931). — L'emploi d'un mélange de pollens extraits des graminées les plus habituellement rencontrées a permis à H. de désensibiliser un grand nombre de sujets atteints de rhume des foins. Il a obtenu la disparition absolue des symptômes dans 27 cas (16 pour 100), une amélioration notable dans 68 cas (40 pour 100), une amélioration légère dans 34 cas (20 pour 100); 40 sujets (24 pour 100 se sont montrés rebelles à ce mode de traitement. Le mélange d'extraits serait, par conséquent, utile à employer pour la majorité des malades; le traitement strictement spécifique, plus compliqué, devrait par contre être réservé aux cas sensibles cliniquement à des pollens qui ne font pas partie du mélange d'extraits utilisé, à condition toutefois que le contact du malade avec ces pollens inhabituels soit démontré.

Les formes résistantes à ces thérapeutiques seront justiciables de l'emploi de doses plus élevées ou encore des traitements généraux de désensibilisation non spécifique.

G. Dreyfus-Sée.

E. Weinberg. ***Observations neurologiques sur le traitement de l'atrophie optique tabétique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 5, 29 Janvier 1932). — L'atrophie optique tabétique est souvent un symptôme précoce et les neurologistes n'ont habituellement l'occasion de la constater et d'en entreprendre le traitement que lorsque le processus spécifique tabétique présente une tendance évolutive. Le traitement de choix, dans ces formes, peut être l'association de traitement spécifique salvarsano-bismuthique et de pyrétothérapie légère sous forme de petites cures de 10 accès peu intenses ne dépassant pas 39°, obtenus à l'aide de préparations soufrées.

Le nombre relativement restreint des cas observés ne permet pas de trancher la question de la fréquence d'atrophies optiques tabétiques qui ne peut être résolue que par des statistiques portant sur un très grand nombre de malades.

G. Dreyfus-Sée.

Karczag. ***Le syndrome strié dans la dysenterie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 7, 15 Février 1932). — Chez un grand nombre de dysentériques, K. a observé une rigidité musculaire rappelant plus ou moins le syndrome parkinsonien par son siège aux membres supérieurs avec parfois aspect catatonique, lenteur des mouvements, facies figé inexpressif. Une contraction des muscles abdominaux participant à ce processus tonique extra-pyramidal existait quelquefois.

Dans l'ensemble, ce syndrome strié paraît pourtant moins fréquent (34 cas sur 51 sujets) que les troubles vago-sympathiques (41 cas parmi les mêmes malades). Ceux-ci ont été signalés par Peiser qui insistait sur la sympathicotonie par prédominance thyrosurrénale, et par Usener notant surtout la vagotonie dominante.

L'origine de ces syndromes striés et végétatifs serait à rattacher pour K. à des lésions des centres hypothalamiques et des faisceaux rubrostriés et spino-thalamiques vérifiées par l'examen histologique du cerveau.

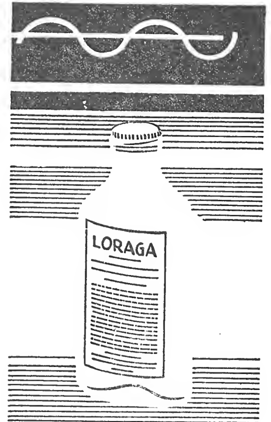
A l'inverse de l'opinion admise par Peiser et Usener, K. incrimine une lésion toxique élective des voies nerveuses par la toxine dysentérique.

G. Dreyfus-Sée.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

M. Glaser et **F. Shafer.** ***Les traumatismes craniens et cérébraux; leurs séquelles; revue générale de 255 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 4, 23 Janvier 1932). — G. et S. ont étudié du point de vue statistique les séquelles proches ou lointaines des traumatismes craniens, sur 255 accidentés observés pendant une période de 5 ans. Sur ces 255 malades, 80 pour 100 se plaignirent de troubles subjectifs, alors que 32 pour 100 eurent des séquelles objectives (non compris l'exagération des réflexes). La proportion des troubles subjectifs est

LORAGA



RÉGULATEUR PHYSIOLOGIQUE DE L'INTESTIN

S'incorpore intimement au contenu intestinal.
Donne au bol fécal la consistance et la plasticité normales.
Stimule doucement le péristaltisme sans provoquer de spasmes.

INDICATIONS. — Toutes formes de constipation et à tout âge. — Paresse intestinale au cours de la grossesse et pendant la période de lactation — Atonie intestinale des vieillards.

Tolérance parfaite.
Aucune action secondaire.
Pas d'accoutumance ni de suintement huileux.

ÉMULSION ORIGINALE
d'huile de paraffine et d'agar-agar avec phénolphtaléine.

LABORATOIRES SUBSTANTIA S. A.
F. Guillemoteau, pharmacien
13, Rue Pagès - Suresnes (Seine)

Traitement de la Constipation

• TUBERCULOSE • LYMPHATISME • ANEMIE • TUBERCULOSE •

CROISSANCE • RACHITISME • SCROFULOSE



RECONSTITUANT
LE PLUS PUISSANT — LE PLUS SCIENTIFIQUE — LE PLUS RATIONNEL

LA RECALCIFICATION
ne peut être ASSURÉE d'une façon CERTAINE et PRATIQUE
QUE PAR LA TRICALCINE
A BASE DE SELS CALCIQUES RENDUS ASSIMILABLES

TUBERCULOSE PULMONAIRE — OSSEUSE
PÉRITONITE TUBERCULEUSE
RACHITISME - SCROFULOSE
ALLAITEMENT - CROISSANCE
TROUBLES DE DENTITION - CARIE DENTAIRE
DYSPEPSIES ACIDE - ANÉMIE
CONVALESCENCES - FRACTURES

DYSPEPSIE NERVEUSE • TUBERCULOSE

se vend
TRICALCINE PURE
EN
POUDRE, COMPRIMÉS, GRANULÉS, ET CACHETS
TRICALCINE CHOCOLATÉE
Préparée spécialement pour les Enfants
TRICALCINÉ
Méthylarsinée | Adrénalinée | Fluorée — en cachets seulement

Échantillons et Littérature sur demande
LABORATOIRE des PRODUITS "SCIENTIA"
21, Rue Chaptal, PARIS 9e

• TROUBLES DE DENTITION • DIABÈTE •

encore plus forte dans les trauma sans fracture, alors que celle des troubles objectifs y est moins forte.

La céphalée et le vertige sont les symptômes les plus fréquents. Le vertige est dû presque toujours à une lésion du nerf vestibulaire. L'âge du blessé a une importance pronostique considérable : les séquelles sont d'autant plus rares que le malade est plus jeune.

L'épilepsie traumatique (6 pour 100 des cas) survient huit mois à cinq ans après la blessure : les cas d'épilepsie observés un à deux mois après l'accident étaient de l'épilepsie hystérique.

R. Rivoire.

C. S. O'Brien. ***L'hyperglycémie dans la cataracte sénile avancée*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 4, 23 Janvier 1932). — O'B. a mesuré la glycémie de 238 malades atteints de cataracte sénile, en pensant qu'un certain degré d'hyperglycémie pourrait à la longue modifier le métabolisme cristallinien et causer ou faciliter la cataracte.

Dans 40 pour 100 des cas, il constate une légère hyperglycémie, supérieure à 1 gr. 20. Malheureusement, O'B. a omis de mesurer la glycémie des sujets de même âge et exempts de cataracte, condition indispensable pour apprécier l'intérêt de ce travail.

R. Rivoire.

S. Kleinberg. ***Réinsertion de la capsule et des tendons rotateurs externes de l'épaule dans les paralysies obstétricales*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 4, 23 Janvier 1932). — La principale raison de l'impuissance fonctionnelle du membre dans les paralysies obstétricales du type Erb est la rotation interne permanente du bras, qui s'oppose à tout mouvement utile du membre. Pourtant, si on met artificiellement le bras en rotation exerne, la plupart des mouvements actifs deviennent possibles et même relativement corrects. Aussi toutes les interventions orthopédiques tendent-elles à placer le bras en rotation externe permanente. O'B. décrit une nouvelle intervention, qui consiste à désinsérer la capsule et les tendons rotateurs externes de l'épaule, pour les réinsérer ensuite plus en dehors. A l'aide de cette opération, ils ont obtenu des résultats fonctionnels remarquables dans 10 cas de paralysie d'Erb plus ou moins complète. La technique opératoire est facile et sans danger ; les résultats sont supérieurs à ceux obtenus avec les anciennes méthodes.

R. Rivoire.

F. Trudeau. ***La phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 4, 23 Janvier 1932). — La phrénicectomie est moins employée en Amérique qu'en Europe : aussi T. expose-t-il dans cet article les indications et la technique de cette intervention, sans gros intérêt pour nous. Pour lui, la phrénicectomie doit être réservée aux cas unilatéraux où le pneumothorax artificiel n'a pu être réalisé ; elle doit être faite systématiquement avant de recourir à la thoracoplastie. Les dangers sont à peu près nuls, et les résultats excellents dans plus de la moitié des cas. Plusieurs médecins conseillent en outre de faire la phrénicectomie avant de cesser un pneumothorax artificiel, car les risques sont alors moins grands de récidive de l'infection tuberculeuse.

R. Rivoire.

R. Calder. ***Cachexie hypophysaire (maladie de Simmond) traitée par un extrait de lobe antérieur de l'hypophyse*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 4, 23 Janvier 1932). — Une intéressante observation de cachexie hypophysaire, survenue chez un nègre de 19 ans, et caractérisée par des symptômes analogues à ceux de maladie d'Addison, moins la pigmentation. Un traitement par injection d'extraits de lobe antérieur d'hypophyse (Parke, Davis) amena une amélioration considérable : engraissement de 16 kilogr., retour à la normale du métabolisme basal et de la tension artérielle, repousse des poils.

Depuis sa sortie de l'hôpital, le malade continue à se bien porter, malgré l'absence de traitement. Cette constatation semble indiquer que l'opothérapie hypophysaire a coïncidé avec la guérison spontanée de l'affection.

R. Rivoire.

S. Maclean, K. Kreidel et J. Caffey. ***La thrombocytopénie hémorragique de l'enfance; étude clinique de 21 cas*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 5, 30 Janvier 1932). — Les auteurs ont observé au cours des 6 dernières années 21 cas de purpura hémorragique chez des enfants de 1 à 12 ans. De l'étude clinique de ces 21 cas, il ressort que le chiffre des plaquettes sanguines n'a qu'un rapport lointain avec la gravité de la maladie; de même, les variations en plus ou moins du chiffre des plaquettes chez un même malade ne sont pas parallèles aux poussées évolutives de l'affection.

L'étiologie de cette maladie étant encore fort incertaine, il en résulte une grande difficulté de traitement. Sur 6 malades soignés uniquement par le repos, 5 guérirent assez rapidement. Sur 8 cas traités par des transfusions, il y eut 7 guérisons. Sur 6 cas traités par la splénectomie, il il y eut trois guérisons et trois morts : ce chiffre élevé de décès attire l'attention sur les dangers de la splénectomie chez de tels malades, et doit faire réserver cette intervention aux cas très graves, avec hémorragies incoercibles.

R. Rivoire.

J. Doyle et L. Daniels. ***La narcolepsie : résultats de son traitement par le sulfate d'éphédrine*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 7, 13 Février 1932). —

Les lecteurs de *La Presse Médicale* connaissent déjà le traitement de la narcolepsie par l'éphédrine, qui a fait l'objet d'un « mouvement médical » de Mouzon. D. et D., qui ont les premiers eu l'idée de ce traitement à la clinique Mayo, publient dans cet article les résultats obtenus chez 50 narcoleptiques traités par eux et par d'autres auteurs depuis le début de ce nouveau traitement. Dans 2 cas, échec complet ; 2 autres malades récidivèrent après une amélioration temporaire; 8 malades furent améliorés; enfin, 17 furent considérablement améliorés, et 20 le furent complètement. Dans les 2 derniers groupes, cette guérison se maintient depuis un temps variable, allant jusqu'à 9 mois. Par comparaison avec ces beaux résultats thérapeutiques, il est intéressant de consulter la statistique concernant 67 malades atteints de narcolepsie, traités à la clinique Mayo avant l'ère de l'éphédrine : dans aucun cas, il n'y eut guérison complète, même après 40 ans de maladie ; dans la moitié des cas il y eut amélioration légère ,et, dans 8 cas, il y eut aggravation. Il ne semble pas douteux que l'éphédrine soit un remarquable remède symptomatique de la narcolepsie.

R. Rivoire.

A. Parmelle. ***La lipodystrophie : une observation chez l'enfant*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 7, 13 Février 1932). — La lipodystrophie est une affection curieuse, frappant presque exclusivement les enfants, caractérisée par une disparition du tissu graisseux de la tête du thorax, avec une surcharge graisseuse des fesses et des membres inférieurs. C'est une maladie rare, dont il existe dans la littérature environ 70 observations. P. en publie 6 nouvelles, intéressantes parce que le début survint dans chaque cas après une maladie infectieuse, ce qui tendrait à assigner une cause infectieuse à cette maladie. P. émet l'hypothèse d'une encéphalite ayant lésé les centres mésencéphaliques de la régulation du tissu adipeux, encéphalite qui, dans quelques cas, peut compliquer les maladies épidémiques de l'enfance. Cette étiologie semble vraisemblable, mais les autopsies de malades atteints de lipodystrophie qui ont été faites par quelques auteurs n'ont révélé aucune lésion cérébrale appréciable.

R. Rivoire.

B. Lewis. ***La colique néphrétique par reflux urétéral : une entité clinique*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 8, 20 Février 1932). — Depuis quelques années, on sait que la valve urétérale n'est pas toujours continente, et qu'un réflux urétéral peut se produire, même sous une pression intra-vésicale modérée chez l'animal. La possibilité de ce réflux urétéral a été démontrée par divers expérimentateurs, par injection intra-vésicale de solutions opaques aux rayons X, et radiographie ultérieure. Chez l'homme, le reflux urétéral peut également s'observer, soit par propagation à la valve urétérale d'une lésion vésicale, soit par incontinence urétérale congénitale, soit enfin par dilatation de l'uretère. Lorsque l'incontinence urétérale coexiste avec un obstacle prostatique ou urétral, déterminant un accroissement de la pression intravésicale, un reflux d'urine dans l'uretère peut s'observer; ce reflux détermine des douleurs extrêmement intenses, très analogues à la colique néphrétique. La possibilité de ces coliques rénales sans calcul chez les urinaires doit être connue. Le diagnostic en est fait assez facilement par la cystographie.

R. Rivoire.

W. Mahoney. ***Névrite rétrobulbaire due à une intoxication par une pâte dépilatoire au thallium : 3 observations*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 8, 20 Février 1932). — Dans cet article, M. attire l'attention sur la possibilité de névrite rétrobulbaire consécutive à un usage prolongé de pâtes dépilatoires contenant une quantité importante de thallium, telles qu'il en existe beaucoup aux Etats-Unis. M. a observé 3 cas de névrite grave, avec diminution considérable du champ visuel, chez des femmes employant de façon courante la crème Koremlu. L'évolution fut d'ailleurs bénigne, la vision s'améliorant dans chaque cas assez rapidement après cessation des applications.

Etant donné la fréquence des accidents variés dus au thallium, M. estime que la vente de produits de beauté contenant ce métal devrait être absolument interdite.

R. Rivoire.

S. Berger, H. Appelbaum et A. Young. ***La cæcostomie immédiate et le lavage permanent de l'intestin dans l'empoisonnement par le sublimé*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 9, 27 Février 1932). — En 1915, Anderson traita par la cæcostomie une jeune fille de 19 ans, 14 heures après l'ingestion de 0 gr. 65 de sublimé : la malade guérit parfaitement. Depuis cette époque, quelques chirurgiens ont renouvelé cette intervention, avec des résultats en général mauvais; il est probable que l'échec de cette thérapeutique était dû à une intervention trop tardive : en effet, les auteurs ont tenté 6 fois l'opération du 2[e] au 4[e] jour après l'empoisonnement, et chaque fois les malades moururent ; au contraire, dans les 3 cas opérés dans les premières 24 heures, la guérison survint. Le lavage colique pratiqué précocement permet sans doute d'éliminer

une grande partie du toxique, et d'empêcher l'apparition d'une complication fréquente et tardive : la colite gangreneuse. Si l'on veut donc utiliser cette méthode thérapeutique, il faut faire un diagnostic d'urgence de l'intoxication : pour cela, les auteurs conseillent la méthode électrolytique de Booth et Schreiber, très rapide et sensible.

R. Rivoire.

R. Cecil et **N. Plummer.** ***La pneumonie à pneumocoque type II : étude clinique et bactériologique de 1.000 cas, avec référence spéciale à la sérothérapie*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 10, 5 Mars 1932). — Dans un article publié quelques mois plus tôt, C. et P. avaient étudié la pneumonie due au pneumocoque de type I, et avaient montré les bons résultats de la sérothérapie dans ce type de pneumonie, se traduisant par une diminution sensible de la mortalité. Dans ce nouvel article, ils étudient particulièrement la pneumonie due au pneumocoque II. C'est une pneumonie plus rare que celle du type I, mais aussi beaucoup plus grave : la statistique des cas non traités par la sérothérapie donne une mortalité de près de 50 pour 100. Cette gravité particulière est due sans doute à la facilité avec laquelle ce microbe envahit le sang, les septicémies étant observées dans près de la moitié des cas.

La sérothérapie est beaucoup moins efficace cliniquement dans cette variété II que dans la variété I. Même avec le sérum concentré de Felton, la mortalité n'est inférieure que de 5 pour 100 à celle du groupe témoin. Cependant, les cas traités dans les premières 72 heures n'ont donné qu'une mortalité de 12 pour 100. Le secret de l'efficacité de la sérothérapie dans la pneumonie de type II est donc la précocité du traitement.

R. Rivoire.

F. Hartmann, G. Thorn, L. Lockie, C. Greene et **B. Bowen.** ***Traitement de la maladie d'Addison par un extrait de cortex surrénal*** (Cortin) (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 10, 5 Mars 1932). — Hartmann et ses collaborateurs de Buffalo sont les premiers à avoir réussi la fabrication d'un extrait de cortex surrénal prolongeant la vie des animaux décapsulés. Cet extrait, qu'ils nomment « Cortin », a été essayé par eux dans 7 cas de maladie d'Addison. Dans 2 cas, le traitement n'a pu empêcher la mort, mais dans 5 autres cas, les résultats ont été excellents, à peu près du même ordre que ceux obtenus avec l'extrait de Swingle et Pfiffner. Il semble donc bien que l'extrait fabriqué par Hartmann contienne également l'hypothétique « hormone cortico-surrénale » ; cependant, les doses utilisées semblent nettement plus fortes que celles employées par S. et P., correspondant à plusieurs kilogrammes de surrénale par jour dans certains cas ; probablement y a-t-il déperdition d'hormone beaucoup plus grande au cours de la préparation de l'extrait par la méthode alcool-éther de Hartmann que dans la méthode Benzène-alcool de Swingle et Pfiffner.

R. Rivoire.

ENDOCRINOLOGY

(Los Angeles)

W. B. Cannon. ***Récentes recherches sur les intermédiaires chimiques des incitations nerveuses*** (*Endocrinology*, tome XV, n° 6, Décembre 1931). — Le rôle que joue l'adrénaline comme intermédiaire des incitations nerveuses est déjà connu. Toute excitation générale de la partie sympathique du système autonome détermine une sécrétion d'adrénaline et cette dernière, convoyée par le sang, exerce les mêmes effets que les excitations sympathiques.

Les recherches récentes concernent les relations bien plus étroites qui existent entre les incitations nerveuses et les tissus qui sont le siège de la réaction. Qu'il s'agisse du cœur de la grenouille ou des mammifères, de l'intestin ou du muscle strié, elles montrent que des substances chimiques spéciales sont libérées par les incitations nerveuses sympathiques ou parasympathiques à proximité ou à l'intérieur du tissu en fonctionnement et que ces substances sont capables d'influencer d'autres organes qui ont une innervation similaire, à la manière dont le font les incitations nerveuses elles-mêmes.

La substance vagale semble être un éther de la choline, et peut-être l'acétylcholine elle-même. La substance élaborée sous l'influence des excitations sympathiques présente toutes les réactions de l'adrénaline. Ces deux substances injectées dans l'organisme provoquent les effets habituels qui sont produits par les incitations nerveuses et l'on peut les regarder comme des intermédiaires chimiques de ces incitations.

On pouvait se demander si ces données acquises sur des organes isolés et placés dans des conditions antinaturelles s'appliqueraient aussi aux organes *in situ*. Les recherches de C. viennent montrer qu'il en est bien ainsi.

Il a utilisé comme réactif indicateur des modifications chimiques du sang le cœur privé de ses connexions nerveuses, qui est si sensible à l'adrénaline, et étudié tout d'abord l'effet du froid, de l'asphyxie, des émotions, etc., sur la sécrétion de la médullaire surrénale. Puis, excluant les surrénales, il a constaté la présence dans le sang d'une substance ayant l'action cardio-accélératrice de l'adrénaline, lorsqu'on excite le sympathique. Si l'on excite les muscles lisses de la queue chez des chiens à cœur privé de ses nerfs et à foie et à surrénales exclus, on voit que cette excitation donne lieu au déversement dans le sang d'une substance dérivant des muscles lisses et possédant les propriétés de l'adrénaline, que C. appelle la sympathine, qui résulte de l'action des incitations sympathiques sur le muscle lisse et est capable d'influencer à distance des appareils éloignés.

Par contre, les expériences sur la substance parasympathique indiquent qu'elle n'agit que sur place.

Quel est le mécanisme intime qui intervient dans la transmission des incitations nerveuses conditionnées par les agents chimiques ? Parker, s'appuyant sur des expériences faites sur les chromatophores d'une espèce de crevette, soutient que l'agent qui entre en jeu quand une incitation nerveuse arrive à la cellule réceptrice est une sécrétion des extrémités nerveuses, tandis qu'Elliott croit qu'il s'agit d'un dérivé de la cellule réceptrice elle-même. Autrement dit, l'intermédiaire humoral entre l'incitation nerveuse et l'organe récepteur terminal siégerait dans la cellule elle-même pour Elliott, alors que, pour Parker, il serait produit par la terminaison nerveuse et agirait sur la cellule réceptrice en y pénétrant. La question n'est pas encore tranchée.

P.-L. Marie.

B. A. Houssay et **A. Biasotti.** ***Hypophyse, métabolisme hydrocarboné et diabète*** (*Endocrinology*, tome XV, n° 6, Décembre 1931). — Par leurs recherches H. et B. ont établi que l'hypophyse est l'un des facteurs endocriniens les plus importants dans la régulation du métabolisme hydrocarboné.

Les principaux arguments en faveur du rôle prédominant, sinon exclusif, joué par le lobe antérieur dans le métabolisme hydrocarboné sont d'abord l'existence fréquente du diabète au cours de l'acromégalie où l'on trouve un adénome acidophile de ce lobe. C'est ensuite le fait capital démontré par les expériences de H. et B. : le crapaud ne devient pas diabétique après l'ablation du pancréas quand on enlève en même temps l'hypophyse, mais, dès qu'on implante un fragment d'anté-hypophyse, le diabète réapparaît. D'autre part, l'implantation d'anté-hypophyse chez le crapaud privé d'hypophyse le protège contre l'hypersensibilité à l'insuline. Le fait que chez les mammifères l'implantation et les injections d'extraits n'ont pas donné de résultats positifs empêche encore d'émettre des conclusions définitives.

Le fait que les extraits de lobe postérieur déterminent de l'hyperglycémie et possèdent une action antagoniste à l'égard de l'insuline suggère que cette portion de la glande joue probablement un certain rôle. A ce point de vue l'implantation de post-hypophyse chez le crapaud est moins efficace que celle d'anté-hypophyse.

L'importance de l'hypophyse dans le métabolisme hydrocaboné ressort des considérations suivantes : 1° Chez les animaux privés d'hypophyse, l'hypoglycémie se montre plus aisément et est moins bien tolérée ; il y a donc une sensibilité plus grande vis-à-vis de l'insuline, de la phloridzine et du jeûne ; 2° Le diabète expérimental (chien et crapaud) et le diabète phloridzique (chien) sont bien plus graves chez les animaux privés d'hypophyse ; 3° La glycosurie, chez eux, est moins marquée après pancréatectomie ou injection de phloridzine ; 4° Le sucre peut être métabolisé après pancréatectomie (augmentation du quotient respiratoire et rétention partielle après ingestion de sucre). Il est encore impossible de dire si dans ces cas il y a une plus grande consommation ou une moindre production de sucre. En faveur de la première hypothèse on peut invoquer l'augmentation du quotient respiratoire après ingestion de sucre, l'existence d'une certaine tolérance vis-à-vis du sucre et l'abaissement du rapport D/N. Toutefois, contre une consommation accrue de sucre, on peut observer la persistance d'un taux abaissé du métabolisme basal ou sa faible élévation, une faible élimination azotée et une glycosurie peu élevée. Peut-être les deux mécanismes interviennent-ils simultanément, la production de sucre amoindrie étant le principal facteur et également la cause de la consommation plus grande.

De nouvelles recherches sont nécessaires pour préciser si l'hypophyse intervient directement ou indirectement par des interrelations avec les autres endocrines dans la régulation du métabolisme hydrocarboné.

P.-L. Marie.

BRASIL MEDICO

(Rio de Janeiro)

Annes Dias. ***Un cas d'abcès pulmonaire avec notable éosinophilie*** (*Brasil Medico*, tome XLV, n° 50, 12 Décembre 1931). — D. publie l'observation d'un cas d'abcès pulmonaire aigu, au cours de l'évolution duquel l'éosinophilie s'est élevée jusqu'à 93 pour 100. Il s'agit d'un homme de 28 ans, offrant un tableau de pneumopathie grave : dyspnée, expectoration, fièvre, amaigrissement, signes de condensation. L'éosinophilie s'est maintenue au-dessus de 80 pour 100 pendant huit mois, les signes cliniques s'amendant avec lenteur. Le malade guérit rapidement dans la suite après une cure d'émétine.

D. passe en revue les conceptions classiques et nouvelles, françaises particulièrement, sur l'abcès du poumon. Les caractères spécifiques de l'abcès amibien sont : l'absence de bactéries dans le pus et la réparation immédiate sous l'action de l'émétine (Lumière, Brulé, Kourilski). Les suppurations non amibiennes sont le fait de la sténose ou l'ectasie bronchiques infectées, des embolies septiques.

A l'examen physique habituel, il conseille d'adjoindre la bronchoscopie et la radiographie. Le traitement doit être conduit avec énergie : sous cette condition l'abcès amibien est parfaitement curable. L'émétine, le néosalvarsan constituent le fond de la thérapeutique ; on peut leur adjoindre les injections intraveineuses d'alcool (Landau, Feltin et Bauer) et l'intervention chirurgicale.

Georges d'Heucqueville.



PHARMACIE DU
8, Rue Favart
Dr MIALHE
PARIS
ELIXIR DU Dr MIALHE
GASTRALGIES
Extrait complet des glandes pepsiques
L'alcool n'entrave
pas à faible dose l'activité protéolytique
de la pepsine qui recouvre toute son activité dans le milieu stomachal.
(Vigier, Germain Seé, etc.)
Un verre à liqueur peptonise complètement et rapidement 30 gr de fibrine.
Posologie : un verre à liqueur après chaque repas. — Prescrire : Elixir du Dr Mialhe : 1 flacon
Extrait complet des glandes pepsiques

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE
Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de* **5** *francs ; France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).* (N° 538)

Encéphalite vaccinale

La vaccination antivariolique a été récemment accusée de provoquer des accidents encéphaliques ou névraxiques d'une extrême gravité. Au chapitre déjà touffu des encéphalites infectieuses diverses est venue s'ajouter l'encéphalite aiguë post-vaccinale. Cette complication de la vaccination jennérienne, exceptionnelle en France, a sévi surtout en Hollande avec une fréquence relative et une grande mortalité. Dans cette contrée, sur 79.154 enfants vaccinés, on a compté 47 cas d'encéphalite (1 cas sur 1.604 vaccinés) avec une mortalité de 42 pour 100. D'après les observations de nos confrères hollandais, c'est la première vaccination retardée après un an qui exposerait surtout à l'encéphalite aiguë. C'est ainsi que sur 8.652 enfants vaccinés avant l'âge de 12 mois, on n'a pas relevé un seul cas d'encéphalite. Une première vaccination après l'âge de 6 ans exposerait 4 fois plus les enfants à l'encéphalite que la vaccination avant l'âge de 2 ans et surtout avant un an.

La Hollande n'a pas le privilège exclusif de l'encéphalite vaccinale et notre collègue A. Netter, qui a étudié très sérieusement la question, nous a appris que cette complication de la vaccine avait sévi, non seulement dans les pays scandinaves, mais encore dans les Iles Britanniques, en Allemagne et ailleurs. Pour ce qui est de la France, il a pu citer des observations personnelles et nous avons eu nous-même l'occasion d'en rencontrer 4 cas typiques. Le premier date de l'année 1905, à une époque où l'on ne parlait pas d'encéphalite vaccinale. Il s'agissait d'une petite israélite de 4 mois, née à Paris, nourrie au sein par une bonne nourrice, progressant normalement, sans aucun trouble morbide. Le 13 Novembre, elle est vaccinée au bras gauche avec un tube de vaccin provenant de Tours. Une seule piqûre à la région deltoïdienne est faite par le Dr Wickersheimer. Une grosse pustule se forme sous-tendue par une plaque rouge, chaude, indurée. Le 20 Novembre, huit jours après l'inoculation, au moment de la pustulation, état fébrile, agitation. Les jours suivants, hyperthermie, convulsions et coma. Ponction lombaire, liquide céphalo-rachidien normal. Après une dizaine de jours d'un état alarmant, défervescence, guérison avec séquelles paralytiques et psychiques qui aboutissent à l'idiotie incurable. Mort de broncho-pneumonie deux ans plus tard. Nous ferons remarquer que ce cas d'encéphalite post-vaccinale s'est produit chez une enfant de moins d'un an, et à la suite d'une seule piqûre.

Le second cas personnel que nous pouvons rapporter est survenu chez un enfant de 28 mois, vacciné aux deux bras (4 piqûres). Pustulation avec inflammation et gonflement des bras. C'est alors que surviennent des accidents convulsifs suivis d'hémiplégie gauche passagère. Retour des convulsions après quelques semaines et hémiplégie droite spastique permanente avec exagération des réflexes tendineux.

Ces deux exemples d'encéphalite vaccinale avec séquelles très graves ont trouvé place dans notre mémoire sur l'ENCÉPHALITE AIGUË CHEZ LES ENFANTS (*Archives de Médecine des Enfants*, Octobre, 1907).

Le 3e et le 4e cas personnels, présentés à la *Société Médicale des Hôpitaux*, Octobre 1926 et Mai 1927, ont trait à deux fillettes, l'une de 18 mois vaccinée à la cuisse en Mars 1926 et prise au 12e jour (pustule énorme avec base rouge et dure) de convulsions et de coma qui a guéri complètement sans séquelles, bien que de parents hollandais; l'autre de 5 mois, vaccinée par le Dr J. Toupet, le 21 Décembre 1926 (3 piqûres à la jambe droite) et prise le 29 Décembre (9e jour) d'accidents convulsifs effrayants qui aboutirent à une hémiplégie spasmodique droite améliorée peu à peu. Dans ce cas, l'encéphalite avait été précédée et accompagnée d'érysipèle. Quoi qu'il en soit, ces cas montrent, comme celui du Dr H.-B. Russell chez un enfant de 5 mois, que l'encéphalite vaccinale peut survenir avant un an.

1° On a conseillé, à titre prophylactique, de vacciner les enfants avant l'âge d'un an, ce qui est, d'ailleurs, de règle. Mais nos cas personnels avec ceux d'autres médecins montrent que cette condition n'a pas une valeur absolue.

2° On conseille encore de ne pas multiplier les scarifications, de se contenter d'une seule piqûre; d'accord. Mais nous avons cité deux cas d'encéphalite aiguë grave à la suite d'une seule piqûre, pour deux cas à la suite de piqûres multiples.

3° L'encéphalite aiguë étant déclarée, on cherchera à calmer l'agitation des petits malades par la balnéation, par le drap mouillé, par les lavements de bromure, de chloral et d'antipyrine (100 gr. d'eau bouillie tiède, 0 gr. 50 de bromure ou d'antipyrine, 0 gr. 10 à 0 gr. 20 d'hydrate de chloral).

4° Parmi les médecins néerlandais, le Dr Hekman (de Rotterdam), d'après M. Lust (*La Pathologie Infantile*, Janvier 1931), aurait utilisé avec succès le sérum ou le sang total citraté de parents récemment vaccinés (10 cmc de sérum intra-musculaires ou intra-veineux).

5° On s'efforcera de nourrir les malades en leur faisant absorber du lait à la cuiller ou par la sonde quand ils ne peuvent pas déglutir spontanément.

6° Malgré la publicité qui a été faite aux cas sporadiques ou épidémiques d'encéphalite vaccinale, il ne faut pas s'abstenir de vacciner les jeunes enfants. Après comme avant, la vaccination jennérienne reste le seul moyen prophylactique efficace dont nous disposions contre la variole. J. COMBY.

RÉPERTOIRE DE MÉDECINE PRATIQUE
Un classeur des **Répertoires de Médecine pratique** *est en vente à nos bureaux au prix de* **5** *francs ; France et étranger,* **9** *francs (envoi franco).* (N° 539)

Conseils aux parents d'un jeune épileptique essentiel

L'on est souvent appelé par les parents d'un enfant, en pleine santé apparente, qui tout à coup, pour la première fois, vient de faire une grande crise d'épilepsie. Il ne faudra se résigner à déclarer celle-ci essentielle qu'après avoir éliminé les étiologies connues (syphilis, tumeur cérébrale, helminthiase), à l'aide de certains examens spéciaux. On préparera ensuite la famille à accepter un traitement de longue durée.

I. — *Médicaments.*

C'est avant tous les autres le gardénal, phényl-éthyl-malonylurée, véritable spécifique de l'épilepsie, qu'il faut essayer ; à la dose moyenne, par exemple, de 10 centigr. pour un enfant de 10 ans, 5 pour un enfant de 3 ans. On déterminera par tâtonnement la dose minimum capable de supprimer totalement les crises caractérisées ; ou, si l'on ne peut obtenir ce résultat sans dépasser le double des doses initiales, la dose minimum à laquelle les crises sont réduites à la fréquence de une par mois en moyenne environ.

Cette dose devra être administrée quotidiennement sans aucune interruption, pendant très longtemps, six mois au moins. Les parents feront prendre devant eux les comprimés et noteront les omissions accidentelles. Le traitement ne sera jamais suspendu brusquement, mais ralenti centigramme par centigramme, chaque diminution devant être éprouvée une semaine.

En cas d'échec ou d'intolérance avec le gardénal, on essaiera successivement :

1° la préparation allemande de la phényl-éthyl-malonylurée, le luminal, même posologie ;

2° le bromure de potassium; on débutera par une dose journalière de 5 gr. chez un enfant de 10 ans, 2 gr. chez un enfant de 3 ans, administrée en potion à prendre en plusieurs fois ; rappelons que ces malades doivent être soumis au régime déchloruré ;

3° le tartrate borico-potassique; posologie : 6 gr. par jour à 10 ans, 3 gr. à 3 ans.

II. — *Régime.*

Il doit tendre à supprimer tout toxique irritant pour le système nerveux, tout aliment capable de causer des accidents d'anaphylaxie. On proscrira donc : d'une part l'alcool, le café et surtout le thé, qui est en outre fermentescible ; d'autre part, la charcuterie, les viandes jeunes, les viscères, tripes, foie, rognons, cervelles, ris de veau ; enfin les œufs et le chocolat, comme pour des hépatiques.

Les Américains ont imaginé, pour la cure de l'épilepsie, successivement le régime cétogène, de jeûne forcé, et le régime déshydratant. On devra les réserver aux cas extrêmement sévères, d'enfants retenus à la chambre par des crises subintrantes, et les suspendre au premier signe d'intolérance.

III. — *Hygiène générale.*

Ce point est le plus important : l'enfant épileptique le demeurera souvent toute sa vie ; et, même si les crises disparaissent, elles laisseront à leur place des vertiges, des absences, des épisodes purement psychiques, qui amoindriront grandement sa valeur sociale future.

Ces malades devraient être soumis à une surveillance ininterrompue, condition irréalisable en pratique, surtout si les crises sont assez éloignées. On y remédiera encore à la maison en leur interdisant l'accès de la cuisine, où le feu, les couteaux, les échelles pourraient leur être funestes. On proscrira les oreillers du lit, les cols mous avec cravate lavallière, les canifs. Ils ne seront jamais abandonnés sans surveillance dans un bain.

Mais c'est au dehors qu'auront lieu les accidents graves. Il est cependant impossible d'empêcher ces infortunés de sortir. Les parents ne les laisseront point en tout cas circuler à bicyclette ; ils ne leur confieront pas une automobile à conduire ; et, plus généralement, leur éviteront les risques de tout voyage, quel qu'il soit.

Quant aux études, elles seront réduites au minimum. Aucune ambition ne saurait justifier le surmenage de ces enfants. Ils trouveront dans une existence sédentaire à la campagne l'illusion de jouir d'une santé intacte, car les épileptiques anciens sont infiniment optimistes pour ce qui concerne leur infirmité. GEORGES D'HEUCQUEVILLE

Toute l'année

DAX

Toute l'année

LA CURE INTÉGRALE DU RHUMATISME

par les bains de boue *(radioactivité de 0,42 à 8.85 millicrocuries)*

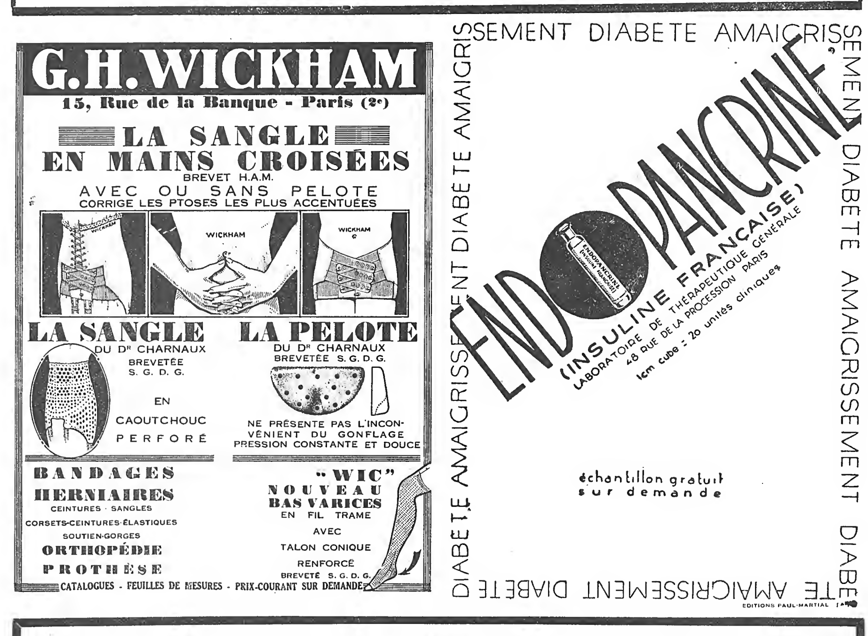
Station entièrement rénovée

LE SPLENDID HOTEL ET L'HOTEL DES BAIGNOTS

COMPORTANT CHACUN LEUR ÉTABLISSEMENT THERMAL

PRIX MODÉRÉS

Renseignements : **Société Immobilière Fermière des Eaux de Dax, à DAX (Landes)**



TRAITEMENT DE L'ASTHME ET DE L'EMPHYSÈME

(Scléroses diverses)

(Méthode du Docteur PAUL CANTONNET)

DÉSENSIBILYSINE

Ampoules pour injections intramusculaires :

Iode et Polypeptones à mélanger extemporanément avec Chlorure de Calcium et Jaborandi.

LABORATOIRES BÉLIÈRES, Pharmacie Normale, 19, rue Drouot, PARIS (IXe)

REVUE DES JOURNAUX

LYON MÉDICAL

A. Mestrallet et **E. Larrivé.** ***Essai de traitement des accès maniaques par l'hyposulfite de magnésium*** (*Lyon Médical*, tome CXLIX, n° 10, 6 Mars 1932). — M. et L. ont traité par l'hyposulfite de magnésium 13 cas de syndromes maniaques purs, manifestations d'une psychose maniaco-dépressive, 6 cas de syndromes maniaques associés à des manifestations confusionnelles et deux syndromes maniaques symptomatiques d'une maladie psychique dont ils ne sont que le mode de début.

L'action de l'hyposulfite de magnésium se limite aux seuls accès maniaques purs de la psychose maniaque dépressive. Aucun symptôme maniaque, symptomatique ou associé, n'a été modifié, alors que les premiers ont tiré un bénéfice certain sous forme de diminution de la durée des accès. Les phénomènes d'excitation psycho-motrice ont rétrocédé le plus souvent dans un délai de 3 à 4 semaines après l'injection. Dans un cas, on a constaté une augmentation de la durée des intervalles lucides.

On avait supprimé tous les calmants habituels sauf la balnéation dans les cas d'agitation intense.

Les injections intra-musculaires n'ont été suivies d'aucun résultat, il faut employer des injections intra-veineuses de 10 cmc d'une solution à 10 pour 100, continuer quotidiennement pendant vingt jours et plus tant que persiste le syndrome d'agitation psycho-motrice. Dans les cas où l'agitation est particulièrement intense, il ne faut pas hésiter à introduire dans les veines en une ou deux fois, 20 à 30 cmc par jour. Si l'injection est constamment suivie de vaso-dilatation de la face, de sensation passagère de chaleur intense qui débute à la gorge, envahit la cavité buccale et gagne tout le corps, on n'a observé aucun autre incident.

Le mécanisme d'action de l'hyposulfite de magnésium est encore incertain. Peut-être doit-on considérer qu'il agit en augmentant le tonus du sympathique. La recherche du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire a donné des résultats trop contradictoires pour fournir une base à une explication valable.

Robert Clément.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

C. Pascal et **A. Deschamps.** ***Exploration pharmacodynamique de la motricité des déments précoces*** (*Encéphale*, tome XXVII, Janvier 1932). — La théorie organiciste de la catatonie remonte à Kraepelin. On assigne aujourd'hui au processus morbide responsable l'une des deux localisations suivantes: 1° les noyaux gris de la base de l'aire végétative infundibulo-tubérienne (Dide, Guiraud); 2° le cortex psycho-moteur (Claude, de Jong, Baruk, qui fondent leur conception sur les faits de catatonie expérimentale obtenue par l'injection de bulbocapnine).

Ce sont des intoxications analogues que P. et D. mettent en œuvre pour explorer les fonctions motrices. Ils ont employé le haschisch, l'éther, dont les effets avaient été signalés déjà par Moreau de Tours et Morel, la caféine, la cocaïne, la strychnine, le peyotl.

Les tests moteurs fins auxquels ils ont eu recours sont essentiellement: la chute du bras, le signe de la langue, l'oreiller psychique, le ballottement de la main et du pied, les réflexes de posture.

Le négativisme a été supprimé, « débloqué » ainsi que le mutisme, chez la plupart des 34 malades étudiés. Sont apparus, sous l'action des divers agents pharmacodynamiques, les phénomènes suivants: catalepsie, roue dentée, automatisme médullaire, agitation psycho-motrice, gâtisme, troubles végétatifs.

Les dissections fonctionnelles opérées par ces drogues sont hautement instructives. Elles démentent l'opposition classique entre motricité et activité psychique. Psychisme, motricité, se résolvent en une poussière de fonctions nouvelles, de localisations multiples, lésées chacune d'une manière propre par les poisons du système nerveux.

G. d'Heucqueville.

ANNALES D'OTO-LARYNGOLOGIE
(Paris)

C. Ruppe. ***Considérations sur les adamantinomes kystiques mandibulaires*** (*Annales d'Oto-laryngologie*, tome II, n° 2, Février 1932). — A l'aide des observations de Sénèque, de Bozo et Lattès, de 7 observations personnelles recueillies dans le service du professeur Lemaître, et d'observations françaises et étrangères, R. reprend quelques points de l'étude clinique et thérapeutique des adamantinomes kystiques.

Tumeurs de l'angle mandibulaire, elles peuvent cependant se développer ou envahir la région mentonnière.

R. montre que l'image radiographique est avant tout géodique, mais qu'elle peut réaliser: *a*) une image de kyste uniloculaire; *b*) une image aréolaire, un aspect en nid d'abeilles; *c*) une image multiglobulaire en « bulles de savon ».

Il discute l'allure évolutive de l'adamantinome. La formule classique reste vraie dans son ensemble. L'adamantinome a une extension lente, récidive fréquemment, n'a pas de retentissement ganglionnaire, ne dégénère pas et n'engendre pas de métastases.

La récidive fréquente, qui peut se faire sous une formule différente de la tumeur originelle, tient à la nature histologique variable de l'adamantinome et à la difficulté d'une exérèse totale par suite de l'imprécision de la limitation de la tumeur.

On a signalé des transformations sarcomateuses et épithéliales exceptionnelles, pouvant engendrer des métastases encore plus rares. La transformation cylindromateuse paraît plus fréquente.

R. étudie ensuite les indications du traitement chirurgical (par les voies naturelles ou par voie externe, à la demande des lésions ou en travaillant en dehors d'elles), les indications du traitement prothétique et radiothérapique. Le traitement est avant tout chirurgical. La radiothérapie est une arme complémentaire qui sera judicieusement utilisée pour éviter les récidives.

IL POLICLINO [Sezione pratica]
(Rome)

C. Toscano. ***Sur les variations de la cétonémie dans les affections hépatiques*** (*Il Policlinico* [*Sez. pratica*], tome XXXIX, n° 2, 11 Janvier 1932). — L'expérimentation et la clinique montrant que le foie joue un rôle important dans la cétogénèse et la cétolyse, T. a pensé que l'étude de la cétonémie pouvait constituer un moyen d'exploration fonctionnelle de l'organe. Dans 2 ictères infectieux sur 3, la cétonémie a été augmentée; elle a été normale dans un 3e cas d'ictère infectieux, dans un ictère simple et dans un ictère par rétention. Dans toutes les cirrhoses étudiées, la cétonémie a été élevée, mais est restée normale dans deux cancers du foie et dans une cholécystite sans ictère; il semble donc que son augmentation soit subordonnée à l'existence d'une altération diffuse du parenchyme hépatique. Les altérations fonctionnelles, comme les lésions, peuvent modifier la cétonémie; T. a en effet trouvé des chiffres élevés dans 5 cas de décompensation cardiaque sur 7 (les troubles de la circulation hépatique ont sans doute agi ainsi que la diminution des processus d'oxydation) et au cours d'une pneumonie et d'une fièvre de Malte; dans ces derniers cas, la cétonémie a repris une valeur normale après la crise pour le premier et pendant une période d'apyrexie pour le second.

L. Rouquès.

L. Tonelli. ***La déformabilité de la pupille, signe de mort réelle*** (*Il Policlinico* [*Sez. pratica*], tome XXXIX, n° 6, 8 Février 1932). — Pendant la vie et dans l'état de mort apparente, les pressions les plus énergiques exercées avec les doigts sur deux ou plusieurs points du globe oculaire n'arrivent pas à modifier la forme de la pupille; au contraire, après le décès, des pressions, même modérées, provoquent des déformations nettes de la pupille qui, suivant leurs directions, devient ovale, triangulaire ou polygonale. Ce signe est absolument constant, même lorsque, pendant la vie, il existait des modifications pupillaires (inégalité, rigidité); il apparaît aussitôt après la mort et persiste pendant 24 heures au moins. Par la facilité de sa recherche et par sa constance, il mérite d'être retenu comme moyen de distinguer la mort apparente de la mort réelle.

L. Rouquès.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

E. Secco. ***La polyglobulie dans l'ulcère du duodénum*** (*La Riforma Medica*, tome XLVIII, n° 3, 16 Janvier 1932). — Friedmann a souligné en 1913 la fréquence de la polyglobulie dans l'ulcère du duodénum (23 fois sur 25); Mariano et Placeo ont confirmé le fait. Les recherches de S. ont abouti à des résultats moins nets, puisque dans 15 cas d'ulcère du duodénum, il n'a trouvé un chiffre d'hématies supérieur à 5 millions par millimètre cube que 9 fois et que, dans 3 cas seulement, il y avait une véritable polyglobulie (5.800.000 à 6.100.000); toutefois, il faut tenir compte que les malades étudiés avaient un mauvais état général et étaient sous-alimentés et que dans les ulcères gastriques, les chiffres trouvés par S. ont été nettement plus faibles.

Cette polyglobulie a été attribuée par Friedmann à l'hyperadrénalinémie qui existerait dans l'ulcère du duodénum, et par Allodi et Griva à la stimulation de la moelle osseuse par des hémorragies répétées; Tuchfeld estime que l'estomac sécrète un ferment qui active l'hématopoïèse et que ce ferment, dans l'ulcère du duodénum, serait sécrété comme l'acide chlorhydrique, plus abondamment qu'à l'état normal. Sans prendre parti entre ces diverses hypothèses, S. remarque que chez ses malades, l'hyperacidité gastrique et le taux des globules rouges ont présenté un rapport net.

L. Rouquès.

MINERVA MEDICA
(Turin)

A. Luisada. ***Pancréatite chronique de nature syphilitique, aboutissant à la sclérose totale; cachexie progressive par insuffisance exocrine***



ÉPHÉDRINE LÉVOGYRE
Propriétés physiologiques comparables à celles de l'adrénaline
ACTION THÉRAPEUTIQUE DE LONGUE DURÉE

en médecine générale
comprimés à 0gr,025

- Asthme — Rhume des foins
- Rhinites spasmodiques
- Etats d'hypotension
- Dysménorrhée
- Etats allergiques

en oto-rhino-laryngologie

Solution huileuse à 2 %

RHINITES CONGESTIVES
RHINITES ET ADÉNOÏDITES AIGUËS DES NOURRISSONS

Solution aqueuse à 3 %

SINUSITES AIGUËS
ŒDÈMES AIGUS DU PHARYNX ET DE L'ÉPIGLOTTE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
marques "POULENC frères" & "USINES du RHÔNE"
21 rue Jean Goujon Paris-8e

et endocrine du pancréas (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 3, 21 Janvier 1932). — Cette pancréatite se traduisit au début par de nombreuses crises douloureuses abdominales avec deux ictères en rapport, soit avec la compression des organes voisins par le pancréas d'abord hypertrophié, soit avec des poussées de péri-pancréatite et d'angiocholite. La période d'état, correspondant à la lente sclérose de la glande, fut caractérisée par de l'asthénie avec polyphagie, polydypsie et douleurs abdominales, par des signes d'insuffisance exocrine mise en évidence par l'examen des selles et par des symptômes d'insuffisance endocrine : hyperglycémie à jeun et alimentaire, glycosurie, acétonurie. Puis apparurent une ascite pseudo-chyleuse et des œdèmes périphériques discrets. A la phase terminale, les réserves adipeuses disparurent complètement ainsi que le syndrome diabétique, et la malade mourut à 54 ans, extrêmement cachectique, 4 ou 5 ans après le début des accidents.

L'autopsie montra une pancréatite chronique primitive, diffuse et scléreuse, avec disparition presque complète des acini, les quelques îlots encore persistant étant aussi envahis par la sclérose. Encore que les lésions histologiques ne soient pas absolument caractéristiques, l'absence de toute cause et la notion d'une syphilis acquise permettent de conclure à la nature syphilitique de cette pancréatite.

L. Rouquès.

Dobri Dimoff. ***Nouvelle contribution à l'étude du traitement des ulcères gastrique et duodénal par l'alimentation jéjunale*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 3, 21 Janvier 1932). — La méthode de l'alimentation jéjunale est un perfectionnement de la technique de l'alimentation duodénale mise au point par Einhorn; celle-ci a en effet quelques inconvénients : reflux partiel des aliments dans l'estomac, excitation réflexe de la sécrétion gastrique par le contact des aliments et du duodénum; l'alimentation jéjunale n'y expose pas, mettant donc l'estomac plus complètement au repos.

A propos de 4 cas d'ulcère du duodénum guéris par cette méthode (disparition des signes subjectifs, des hémorragies occultes et des images diverticulaires ou des niches), D. décrit la technique, insistant sur les précautions indispensables; le repas doit être homogène, administré à une température voisine de 37° et avec une grande lenteur, de façon à éviter les crises vagales douloureuses, conséquence du spasme intestinal. La cure doit durer trois semaines à trente jours ou plus, le malade étant maintenu au lit; l'alimentation n'est pas modifiée pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'ablation du tube, puis on reprend peu à peu, en dix jours, l'alimentation normale.

La statistique la plus étendue est celle de Brown (de Chicago), qui porte sur 1.224 cas, avec 70 pour 100 de guérisons, 10 pour 100 d'améliorations et 20 pour 100 d'échecs.

L. Rouquès.

I. Bettoni. ***L'utilisation de l'épreuve diastasique dans le diagnostic différentiel du diabète sucré neuro-hypophysaire*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 3, 21 Janvier 1932). — Pour avoir de la valeur, l'épreuve diastasique (dosage des diastases pancréatiques) doit porter simultanément sur le sang, les urines et les matières fécales. Dans 20 cas de diabète sucré banal pancréatique, les diastases ont été en quantité très nettement inférieure à la normale; dans un cas de diabète rénal, elles ont été moins diminuées, sans toutefois atteindre le taux des sujets témoins. Dans deux cas de diabète sucré neuro-hypophysaire, où la lésion hypophysaire et l'intégrité du pancréas ont été vérifiées histologiquement, les diastases ont été considérablement augmentées par rapport à la normale.

L'étude de la sécrétion externe du pancréas paraît donc susceptible de servir au diagnostic différentiel des diabètes sucrés pancréatique et neuro-hypophysaire; les chiffres trouvés dans le seul cas de diabète rénal que B. a pu étudier ne diffèrent pas assez de ceux qui ont été notés dans des diabètes vulgaires légers pour être retenus.

L. Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

G. Boattini et G. Salaris. ***Contribution à l'étude de la cétonémie à l'état normal et pathologique*** (*La Clinica Medica Italiana*, tome LXII, n° 12, Décembre 1931). — A l'état normal, avec la méthode d'Engfeldt, l'acétone et l'acide diacétique varient dans le sang entre 0,3 et 1,5 milligramme pour 100 et l'acide β-oxybutyrique entre 2,50 et 4 milligr. pour 100. Le taux des corps cétoniques est augmenté dans le diabète sucré, dans les maladies du foie, chez les cardiaques décompensés et à un plus faible degré dans les affections rénales; chez les cancéreux, la cétonémie est élevée, l'augmentation étant en général proportionnée au degré de la cachexie et de l'insuffisance hépatique; chez les cardiaques compensés, la cétonémie reste normale. Les facteurs susceptibles d'agir sur la cétonémie étant multiples, la détermination du taux des corps cétoniques dans le sang n'a pas de valeur pour le diagnostic.

Ayant soumis leurs malades à des régimes gras, hydrocarbonés et azotés, B. et S. ont constaté que de tous les aliments, les graisses avaient le pouvoir cétogène le plus élevé.

L. Rouquès.

G. Pellegrini. ***Contribution à l'étude du diabète insipide : III, l'action antipolyurique de la pituitrine et de l'insuline dans le diabète insipide et les rapports probables de l'action de ces hormones avec la pathogénie de la polyurie*** (*La Clinica Medica Italiana*, tome LXII, n° 12, Décembre 1931). — P. a étudié l'action de la pituitrine et de l'insuline dans 4 cas de diabète insipide, dont les caractéristiques biologiques ont été décrites dans des mémoires déjà analysés. Dans deux cas où la polyurie relevait d'une forte diminution du pouvoir de concentration du rein que la pituitrine ne pouvait relever, l'insuline et la pituitrine, malgré une administration prolongée, n'ont eu aucune action sur la polyurie. Dans le 3e où la pituitrine élevait le pouvoir insuffisant de concentration du rein, l'insuline a été inactive et la pituitrine a fortement réduit la polyurie. Dans le 4e où le pouvoir de concentration du rein était presque normal et la polyurie liée à l'augmentation de la diurèse aqueuse, la pituitrine a été inefficace, alors que l'insuline ramenait la diurèse à la normale.

P. se range donc à la conception de Bauer qui admet l'existence de deux types de diabète insipide, l'un où le fait dominant est la baisse du pouvoir de concentration du rein, l'autre où c'est l'augmentation de la diurèse aqueuse. P. pense que, dans le premier cas, la pituitrine est particulièrement efficace et, dans le second, l'insuline.

L. Rouquès.

LA DIAGNOSI
(Pise)

G. Fratini. ***Sur les rapports de la glycémie et de la pression artérielle chez l'homme et chez le lapin*** (*La Diagnosi*, tome XI, n° 116, Décembre 1931). — Ayant étudié, chez l'homme et le lapin, les rapports de la glycémie et de la pression artérielle d'après leurs modifications sous l'influence d'injections d'insuline normale ou inactivée, d'extraits pancréatiques hypotenseurs et de produits hypotenseurs non pancréatiques, F. conclut que les variations de la glycémie ne sont pas attribuables à l'hypotension elle-même : en effet, en regard d'hypotensions constantes produites par les divers hypotenseurs, on ne trouve que des variations faibles et inconstantes de la glycémie, le plus souvent en moins.

Ces variations en moins s'observent presque constamment chez l'homme avec les extraits pancréatiques hypotenseurs, soit que l'imperfection de la préparation y laisse subsister des traces d'insuline, soit que ces extraits aient une action propre sur le para-sympathique.

L. Rouquès.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin)

Bernhard Zondek. ***Tumeur maligne du testicule et hormone préhypophysaire*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 7, 13 Février 1932). — Z. rappelle d'abord que chez la femme, il a pu trouver, 36 fois sur 100, en cas de carcinome extragénital, la réaction I du lobe antérieur de l'hypophyse. Cette proportion s'élève à 81 pour 100 en cas de cancer génital. Il considère qu'il s'agit là d'une réaction de défense de l'organisme par rapport à des processus de croissance périphériques.

Chez un homme atteint d'une tumeur maligne du testicule, il a constaté, par contre, que l'urine donnait les réactions I, II et III, tandis que le lobe antérieur de l'hypophyse de cet homme, mort peu après, ne provoquait aucune réaction après implantation.

A la suite de cette observation, Z. a eu l'occasion d'étudier 14 cas de tumeur maligne du testicule. Dans 4 cas, le diagnostic anatomique n'a pas pu être fait. Il reste donc 10 cas dont il donne les observations. Dans 4 de ces cas, toutes les réactions ont été négatives. Ainsi, l'absence de ces réactions ne suffit pas pour éliminer une tumeur maligne du testicule. Par contre, l'existence des réactions II et III peut être utilisée au point de vue du diagnostic. La réaction I paraît être beaucoup plus spécifique chez l'homme que chez la femme. Elle n'a jusqu'ici été rencontrée qu'en cas de tumeur maligne au moins dans l'urine non concentrée. Z. considère cette réaction comme très suspecte.

Le liquide d'hydrocèle donne également lieu aux réactions I à III en cas de tumeur maligne et permet, quand la réponse est positive, de tirer des déductions diagnostiques. Cependant, cette conclusion n'est pas encore certaine en ce qui concerne la réaction I.

Avec le tissu de la tumeur, il a été obtenu des résultats tels qu'on semble pouvoir faire un diagnostic tissulaire hormonal. Dans certains cas, on pourrait, suivant la réaction constatée chez les animaux, conclure à la malignité de la tumeur.

L'hypophyse d'homme donne toujours une réponse positive après implantation de quantités variant de 5 à 50 milligr. Mais dans un cas de tumeur maligne, la réaction a été négative comme chez la gestante. Jusqu'ici, il semble que ce soit surtout le chorio-épithéliome testiculaire qui donne lieu aux 3 réactions. Par contre, la réaction I ne serait qu'une réaction de défense. En cas de cancer extra-génital, la réaction I a été trouvée 13 fois sur 100 après concentration de l'urine.

P.-E. Morhardt.

Walter Hohlweg et Karl Junkmann. ***Régulation hormono-nerveuse des fonctions du lobe antérieur de l'hypophyse*** (*Klinische Wochen-*

schrift, tome XI, n° 8, 20 Février 1932). — On sait que la sécrétion du lobe antérieur de l'hypophyse augmente la production de l'hormone des glandes génitales tandis qu'inversement, l'augmentation de l'activité des glandes génitales inhibe la fonction gonadotrope du lobe antérieur.

H. et J. ont recherché si cette interrelation est de nature hormonale ou nerveuse. Pour cela, ils ont implanté des hypophyses dans les reins d'animaux normaux, mâles ou femelles, qui furent ultérieurement castrés. Au bout de 4 semaines, on a examiné les deux hypophyses de ces animaux et on a constaté que l'organe normal présentait les modifications dues à la castration, tandis que l'organe implanté présentait les caractères habituels. Il semble donc que les relations nerveuses interviennent pour faire apparaître ces modifications consécutives à la castration. L'hormone sexuelle agirait sur un centre nerveux hypothétique qui, à son tour, stimulerait la sécrétion de la préhypophyse.

Cependant, la section du sympathique cervical qui paraît innerver l'hypophyse reste sans action sur cette glande. De même, la section des nerfs X et XI ne produit pas d'effet. Par contre, en traitant des rats infantiles castrés avec de l'atropine et de l'hyoscyamine, on empêche complètement d'apparaître l'hypophyse de castration. Ce centre devrait donc être considéré comme un centre parasympathique. Dans ces conditions, la sécrétion de la préhypophyse agit sur les glandes génitales dont l'hormone régularise la sécrétion hypophysaire par l'intermédiaire d'un centre sexuel nerveux. Inversement, la suppression de l'hormone génitale en agissant sur ce centre augmente l'activité de l'hypophyse.

On s'explique ainsi que l'activité de l'hypophyse et des glandes génitales soit indépendante de l'âge: en effet, des glandes génitales infantiles fonctionnent après implantation chez un animal adulte. Ces notions expliquent également les cas de maturité précoce survenue après encéphalite, de sénilité précoce consécutive à des processus artério-scléreux de l'encéphale ou encore l'action de facteurs psychiques sur les fonctions sexuelles et plus spécialement sur la menstruation.

P.-E. Morhardt.

Kurt Meyer et **H. E. Anders.** ***Essai de culture du virus du lymphogranulome inguinal*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 8, 20 Février 1932). — M. et A. ont utilisé la méthode de Maitland, c'est-à-dire des reins et des testicules pulpés et dilués. L'ensemencement s'est fait avec 0,2 cmc prélevés sur quatre échantillons de pus. Les cultures ont été ensuite inoculées à 20 cobayes. Sur ce nombre, 3 animaux n'ont présenté aucune réaction tandis que chez les autres les ganglions de l'aine ont plus ou moins augmenté de volume et ont été l'objet d'un examen histologique au bout de 10 à 20 jours. Dans 3 de ces cas, les lésions n'étaient pas spécifiques; dans 4 autres cas, la réaction était douteuse. Dans 10 cas, par contre, c'est-à-dire chez la moitié des animaux, on a constaté des lésions identiques à ce qui s'observe après inoculation directe de produits infectieux humains.

Dans un cas, ces lésions se sont étendues jusqu'aux ganglions iliaques. Chez 7 animaux de contrôle inoculés avec le milieu de culture non ensemencé, il est survenu des phénomènes inflammatoires non spécifiques. Dans 10 cas, les ganglions infectés ont été inoculés à d'autres cobayes qui, dans 4 cas, ont présenté une réaction spécifique.

Par contre, des tentatives, faites pour déclancher la réaction de Frei avec 3 cultures soit chez les animaux, soit chez l'homme, ont été négatives. Mais ce fait n'exclut pas l'existence du virus dans ces cultures.

Les lésions histologiques ont été extrêmement caractéristiques: on a constaté, chez 10 animaux, une destruction du tissu lymphatique-lymphoïde spécifique et l'apparition d'un tissu de granulation à cellules épithélioïdes donnant lieu à une structure fibro-plastique.

P.-E. Morhardt.

Bernhard Zondek et **Hans Krohn.** ***L'hormone du lobe intermédiaire de l'hypophyse (Intermédine). I. La coloration rouge du vairon comme test*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 10, 5 Mars 1932). — Après avoir étudié les hormones hypophysaires ou ovariennes chez une série d'animaux, Z. et K. ont procédé à des recherches chez quelques poissons dont le mâle présente le phénomène de la robe de noce. Parmi les poissons étudiés figure le vairon (*Phoxinus laevis*). En injectant à ces animaux d'abord de la folliculine, puis du prolan à doses croissantes, il n'a été obtenu aucun effet. Mais l'extrait hypophysaire, débarrassé de prolan, détermine l'apparition d'une coloration rouge au voisinage de l'insertion des nageoires pectorales, ventrales et anales s'étendant, pour une part, aux nageoires elles-mêmes.

Z. et K. ne donnent pas la méthode qu'ils ont utilisée pour isoler cette hormone.

La réaction ainsi constatée est due aux cellules à pigments rouges (érythrophores). Les cellules à pigments noirs (mélanophores) et les cellules à pigments jaune vert (xantophores) sont moins caractéristiques. En particulier, la réaction des mélanophores peut être obtenue par des extraits de lobe postérieur, par la quinine, la curanine, la choline, la paraldéhyde et la caféine. Elle ne peut donc pas être utilisée comme test hormonal. Par contre, la réaction des érythrophores chez le vairon est rigoureusement spécifique. Chez cet animal cependant, l'administration d'hormone du lobe intermédiaire détermine une expansion non spécifique des mélanophores et des xantophores qui ne peut pas être prise en considération. Z. et K. désignent donc sous le nom d'unité-phoxinus, la quantité d'hormone la plus petite qui est capable de faire apparaître chez 3 vairons sur 5, mesurant 6,5 à 7,5 cm. de long, une plaque pourpre de 4 à 9 mmq à l'insertion des nageoires pectorales et ventrales et derrière les nageoires anales. La réaction doit apparaître 1/2 heure après l'injection et peut persister quatre heures. Des quantités d'hormone plus grandes provoquent une réaction qui peut durer 24 heures.

La coloration des vairons est répartie en deux couches. La couche supérieure constituée par plusieurs étages de mélanophores se trouve surtout sur le dos. En allant vers le ventre, on trouve, entre les mélanophores, des xantophores puis, au voisinage des nageoires, des érythrophores sphériques qui se trouvent également sur les lèvres.

Au point de vue technique, Z. et K. remarquent que cette injection se fait très simplement au voisinage de l'endroit où s'insère l'extrémité caudale de la nageoire dorsale. Il faut seulement prendre garde de ne pas perforer la vessie natatoire. Au point de vue de la spécificité, Z. et K. remarquent qu'aucune des substances mentionnées plus haut ne provoque la réaction. Il en est de même pour les protéines, une série d'amines biogènes, les solutions salées physiologiques, le glucose, le potassium, le calcium, les extraits endocriniens du commerce et plus spécialement l'hormone du corps jaune, la folliculine, l'hormone sexuelle mâle, le prolan, etc.

P.-E. Morhardt.

C. V. Medvei. ***La question de la cholestérine du sang dans l'hypertension artérielle*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 10, 5 Mars 1932). — M. a repris l'étude de la cholestérine du sang par la méthode de Alvarez et Neuschlosz (voir *La Presse Médicale*, du 18 Juillet 1931). Ces auteurs ont constaté, en cas d'hypertension essentielle, une sursaturation du sérum par la cholestérine variant de 5 à 30 pour 100. M. a analysé le sang de 30 malades et a constaté, en moyenne, une valeur absolue pour la cholestérine un peu supérieure chez les hypertendus. Cependant, si on fait intervenir le taux de l'écart moyen, on constate que cette différence n'a pas grande signification.

Quant au degré de saturation du sérum par la cholestérine, il a été trouvé très analogue chez les sujets normaux et chez les hypertendus.

P.-E. Morhardt.

Th. Doxiades. ***Agranulocytose chronique fruste*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 10, 5 Mars 1932). — D. donne l'observation d'une femme de 51 ans chez laquelle il a eu, au cours de trois années consécutives, l'occasion de constater l'existence d'une leucopénie avec disparition parfois absolument complète des granulocytes. Au cours de périodes avec leucopénie extrêmement marquée, cette femme se trouvait très bien portante sans aucun symptôme objectif ni subjectif. Chez une sœur de cette malade, on a constaté une leucopénie nette mais pas d'agranulocytose bien marquée. On pourrait donc admettre que dans ce cas, il s'agit d'une faiblesse constitutionnelle de la moelle osseuse dans laquelle interviendrait un facteur familial.

Dans un troisième cas, il a été observé également une leucopénie sévère sans angine (1.600 leucocytes). Dans ces 3 cas il y aurait des troubles articulaires sans qu'on puisse établir de relations entre ce fait et la leucopénie.

L'agranulocytose doit donc être considérée comme un syndrome qui créerait des circonstances favorisant une infection septique. D. conclut de ses constatations que des faits de ce genre doivent rendre sceptique relativement aux cas d'amélioration de l'agranulocytose constatés après intervention thérapeutique.

P.-E. Morhardt.

Franz Buschke. ***Urémie en cas d'albuminurie de Bence-Jones*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 10, 5 Mars 1932). — B. remarque tout d'abord que les cas dans lesquels l'albuminurie de Bence-Jones a entraîné des lésions rénales ont fait assez rarement l'objet d'études approfondies et notamment histologiques. Il donne 2 observations.

La première concerne un homme qui présente un myélome multiple avec des symptômes cérébraux, une pression sanguine de 170/90, 10 pour 1.000 d'albumine dans l'urine et 73 milligr. pour 100 gr. d'urée dans le sang. La presque totalité de cette albumine est de l'albumine de Bence-Jones qui, après avoir précipité à 60°, se redissout à l'ébullition. L'état s'aggrave et le malade meurt. A l'autopsie, on constate l'existence de tumeurs de la moelle osseuse et on fait un examen approfondi du rein qui ne révèle ni artériosclérose, ni dégénérescence amyloïde. On trouve, dans les canaux, des cylindres colorés par l'éosine peu mélangés de cellules et présentant une tendance à la calcification. A l'union de l'écorce et de la moelle, on trouve des infiltrations lymphoïdes.

Dans un second cas, il s'agit d'un malade présentant une pression sanguine de 140/70, 62,7 milligr. d'urée dans le sang, 8,5 pour 100 d'albumine dans l'urine. Il ne fut malheureusement pas recherché s'il s'agissait d'albumine de Bence-Jones. La mort survient et on constate à l'autopsie des tumeurs de la moelle osesuse partiellement calcifiées. Dans les reins, les canaux sont obstrués par des cylindres albumineux. Il n'y a pas de dégénérescence graisseuse ni artériosclérose des artérioles. On ne constate pas de réaction de la dégénérescence amyloïde. Il ne semble pas qu'on puisse mettre en doute, dans ce second cas, qu'il s'agissait d'albuminurie de Bence-Jones. Les deux cas sont tout à fait superposables, caractérisés par l'azotémie sans hypertension correspondante et sans lésions morphologiques importantes du rein.


DIGESTION TOTALE
DIASTOPEPSINE RICHEPIN
Représente l'activité totale des glandes pancréatiques et pepsiques, et de la diastase
Digestion et Assimilation des viandes, féculents, corps gras.
Repose le Foie et le Pancréas
PILULES et ELIXIR très agréables
Réveille le réflexe gustatif
Provoque l'activité digestive
1 OU 2 PILULES ou un verre à liqueur après les repas
GLANDES STOMACALES PEPSIQUES
SUC PANCRÉATIQUE
GÉRASOL
Gérasol Cimon
au BI-BORATE de MAGNÉSIE et LAVANDE
Pour tous lavage antiseptique et hygiénique, Pansements, etc.
Echantillons Gratuits sur demande ...34 Boulevard de Clichy. Paris
ABSORPTION CUTANÉE
La peau est un vaste filtre qui absorbe et dialyse
LA BRONCHODERMINE
respecte la voie stomacale
GAIACOL, HELENINE, TERPINOL, EUCALYPTOL, SÈVE DE PIN
RHUME-BRONCHITE
Coqueluche, Emphysème
Indiquée à tous les âges même dans la plus tendre enfance
ACTION RAPIDE — EMPLOI FACILE

B. remarque à ce sujet qu'on étudie de plus en plus les cas d'urémie qui entraînent la mort sans qu'on trouve de lésions rénales. Il rappelle la théorie de Blum qui rattache ces cas à un appauvrissement de l'organisme en chlorures. Mais il est possible aussi qu'une modification de la formule des protéines du sang puisse intervenir. Quoi qu'il en soit, d'après B., la question ne peut pas être encore actuellement résolue.

P.-E. Morhardt.

THE LANCET
(Londres)

A. Russel. ***Les douleurs abdominales*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5652, 26 Décembre 1931). — R. attire l'attention sur le fait que, alors que beaucoup de lésions abdominales sont douloureuses, les plus importantes d'entre elles sont indolores. L'ascite, par exemple, est d'ordinaire indolore, même dans son degré le plus extrême, quoiqu'elle détermine une sensation de tension désagréable. Plus le développement du liquide est rapide, plus la douleur est forte. L'hypertrophie d'un organe abdominal ne s'accompagne pas non plus de douleurs: un énorme accroissement de volume de la rate, par exemple, ne détermine qu'une gêne, une sensation de pesanteur; de fait, il est très rare qu'un malade, atteint de leucémie, vienne consulter un médecin à cause de la gêne locale; il en est tout autrement, cependant, lorsqu'une péritonite localisée se développe autour de l'organe, autour d'un infarctus splénique, par exemple. Comme pour l'ascite, c'est la rapidité de l'hypertrophie de l'organe qui règle l'intensité des symptômes douloureux abdominaux. Enfin, les tumeurs malignes abdominales se développent également de façon remarquablement indolore.

R. Rivoire.

S. Dudley. ***Tonsillectomie, réaction de Schick et porteurs de germes diphtériques*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5652, 26 Décembre 1931). — D. a constaté dans une communauté à demi-isolée que le nombre des porteurs de germes diphtériques était moitié moindre parmi les enfants ayant subi la tonsillectomie que dans le groupe témoin. Il n'y avait pourtant pas de différence sensible dans le nombre des porteurs de bacilles virulents: l'ablation des amygdales n'avait diminué donc que la fréquence des infections non virulentes. La fréquence des réactions de Schick positives était deux fois plus grande dans le groupe contrôle que dans le groupe tonsillectomisé. Les enfants du groupe Schick positif, qui subirent l'ablation des amygdales, furent plus facilement immunisés artificiellement que les autres enfants. Il semble que la tonsillectomie ne stimule pas la production de l'antitoxine diphtérique, mais en quelque sorte accélère l'immunisation latente par les bacilles diphtériques voisins.

R. Rivoire.

A. Burton et **A. Balmain.** ***Immunité diphtérique et tonsillectomie*** (*The Lancet*, tome CCXXI, n° 5652, 26 Décembre 1931). — B. et B. ont fait une étude statistique sur les relations entre la réaction de Schick et la tonsillectomie. Ils ont pratiqué cette réaction sur 682 enfants, dont 27 pour 100 (190) avaient subi l'ablation des amygdales. Les résultats de leur enquête sont les suivants: la tonsillectomie n'a aucune influence sur l'immunité diphtérique des enfants vivant dans un milieu normal.

R. Rivoire.

A. Morland. ***La mentalité du tuberculeux*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5656, 23 Janvier 1932). — Dans le traitement de la tuberculose, une vie saine est le facteur essentiel, sans lequel il est à peu près impossible d'obtenir une guérison. Mais la vie de sanatorium n'est pas facile à supporter, aussi la docilité du malade est-elle capitale, une coopération raisonnée de celui-ci avec son médecin: malheureusement, cette mentalité est rarement observée chez le tuberculeux, et le plus souvent le médecin de sanatorium lutte contre des malades soit indociles, soit écrasés par la peur de la mort: chacune de ces réactions psychiques étant néfaste pour l'évolution de la maladie. Outre l'anxiété et l'indocilité, il n'est pas rare d'observer ce que l'on appelle de l'hypercompensation: l'idée d'une maladie grave étant insupportable à l'esprit du patient, il la nie en appuyant sa négation d'actes de bravade, tels que abus des boissons alcooliques, refus de prendre sa température, mépris pour son médecin. Entre toutes les névroses tuberculeuses, cette hypercompensation est sans nul doute la plus dangereuse. La présence d'un psychiatre dans un sanatorium n'est donc pas seulement un luxe coûteux, c'est une nécessité, et son action peut être aussi utile pour les malades que celle de l'insufflateur de pneumothorax.

R. Rivoire.

E. Benn, E. Hughes et **S. Alestead.** ***Le traitement de la diphtérie toxique par l'association antitoxine-dextrose-insuline*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5658, 6 Février 1932). — B., H. et A. ont vérifié la réalité des troubles de la glycémie dans la diphtérie toxique, déjà signalés par divers auteurs. L'épreuve de l'hyperglycémie provoquée révèle une modification de la courbe, d'autant plus accentuée dans le sens diabétique que la diphtérie est plus toxique, mais sensible même dans les cas les plus bénins. Cette hyperglycémie est due sans doute à une diminution de la production d'insuline par le pancréas sous l'influence de la tonine diphtérique. Peut-être ce trouble du métabolisme des hydrates de carbones est-il partiellement responsable des complications circulatoires graves de la diphtérie maligne? Les auteurs ont traité systématiquement 89 enfants atteints de diphtérie grave par des injections de glucose et d'insuline, associées à une forte dose de sérum antitoxique par voie intraveineuse. Leur statistique donne une diminution de 13 pour 100 dans la mortalité vis-à-vis des malades de l'année précédente, traités de la même façon, mais sans insuline ni glucose, Malheureusement, la variabilité extrême de la gravité des épidémies de diphtérie ne permet pas d'attribuer une valeur absolue à cette statistique. Le traitement n'en est pas moins intéressant à tenter. En outre, les auteurs ont constaté une forte diminution de fréquence des accidents sériques, liée sans doute au traitement par le sucre.

R. Rivoire.

J. Gibbens. ***Les indications de la caséine dans l'alimentation infantile*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5658, 6 Février 1932). — La caséine est employée sur une large échelle en Allemagne dans l'alimentation infantile; les indications principales sont:

1° Aliment complémentaire pour les enfants prématurés ou débiles.

2° Dans le traitement de la diarrhée et des vomissements.

3° Mais son indication essentielle est la diarrhée des enfants nourris au sein, diarrhée dont les recherches étiologiques ont montré qu'elle était due à une insuffisante dose d'albumine dans le lait maternel. L'administration de caséine, à la dose de 10 à 15 gr. par jour, est donc le traitement spécifique de cette affection.

R. Rivoire.

Edgar Wallace. ***Diagnostic de l'amylose par l'injection intraveineuse de rouge congo*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5660, 20 Février 1932). — l'épreuve de Bennhold est encore peu utilisée pour le diagnostic clinique de l'amylose. Il semble pourtant que les résultats qu'elle fournit soient excellents, et il est difficile de comprendre pourquoi on néglige un moyen de diagnostic aussi précieux pour une maladie aussi délicate à déceler. L'épreuve est d'ailleurs facile à réaliser, et sans danger. On injecte 15 à 20 cmc de solution de rouge congo à 1 pour 100, et, une heure après, on prélève une petite quantité de sang. On compare dans un colorimètre le plasma avant l'injection et celui du sang prélevé une heure plus tard. Chez un sujet normal, 30 pour 100 du rouge au maximum a été éliminé; chez un sujet atteint d'amylose, cette proportion est fortement accrue, atteignant 100 pour 100 dès que l'amylose est un peu intense. Cette disparition du rouge congo est spécifique de l'amylose, elle ne se voit que dans la néphrite parenchymateuse, mais on retrouve alors le rouge dans l'urine, alors qu'on ne l'y retrouve pas dans l'amylose. W. a essayé cette méthode chez 35 enfants atteints de tuberculose osseuse chronique, et les résultats obtenus sont en excellent accord avec les constatations anatomo-pathologiques ultérieures.

R. Rivoire.

L. Peurose. ***Les groupes sanguins dans l'idiotie mongolienne*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5660, 20 Février 1932). — L'une des théories pathogéniques de l'idiotie mongolienne attribue cette maladie à un croisement de race, à l'apport d'un peu de sang asiatique au sang européen. Pour vérifier l'exactitude de cette théorie, P. a eu l'idée de mesurer la répartition des groupes sanguins chez les mongoliens, afin de voir si cette distribution se rapproche de la moyenne anglaise ou de la moyenne asiatique: on sait, en effet, que chaque race est caractérisée de façon très fixe par sa distribution des groupes sanguins. P. a trouvé pour 166 mongoliens une moyenne de répartition tout à fait superposable à la moyenne anglaise normale, n'ayant pas la moindre tendance à se rapprocher de la moyenne asiatique. Il semble donc probable que l'idiotie mongolienne n'est pas en rapport avec un croisement racial.

Une autre théorie, très hardie, fait venir le mongolique d'une régression vers le type orang-outang: mais là encore la moyenne de répartition des groupes sanguins s'éloigne énormément de celle des mongoliens: les orangs-outangs présentent comme les Asiatiques une forte proportion de groupes III et IV.

R. Rivoire.

J. Forestier. ***Le traitement de l'arthrite rhumatoïde par les injections de sels d'or*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5661, 27 Février 1932). — Forestier expose dans cet article les résultats obtenus par lui dans le traitement des arthrites rhumatoïdes par les sels d'or. Dans plus de la moitié des cas, le traitement par l'allocrysine a abouti à une guérison presque complète, avec diminution de la vitesse de sédimentation et de la réaction de Vernes à la résorcine. Cette chimiothérapie a, d'ailleurs, dans chaque cas, été aidée par la physiothérapie. Le traitement par les sels d'or est contre-indiqué en cas d'albuminurie, d'ostéoarthrite, de lésions hépatiques, de tension artérielle trop élevée. L'aurothérapie semble être la plus importante acquisition de ces dernières années pour le traitement de l'arthrite rhumatoïde.

R. Rivoire.

E. Fletcher. ***La mise en évidence de la tuberculose présymptomatique chez l'enfant*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5661, 27 Février 1932). — F. a étudié soigneusement, dans le but de vérifier la valeur de la cutiréaction à la tuberculine, 50 jeunes enfants du point de vue de la tuberculose. Ces 50 enfants étaient tous considérés

par leurs parents comme en bonne santé, et étaient venus consulter à l'hôpital pour des maladies ou accidents sans gravité. Parmi ces 50 enfants, 4 présentèrent à l'examen complet des signes de tuberculose pulmonaire, et 4 autres de l'adénopathie médiastinale. Parmi les 4 tuberculeux, 1 avait une cuti-réaction fortement positive, 2 une réaction positive faible, et 1 une réaction négative. Parmi les adénopathiques, 2 furent faiblement positifs. Cette proportion est à peu près la même que la proportion générale entre les réactions positive et négative : en effet, la cuti-réaction fut faite 20 fois, elle fut 12 fois positive et 8 fois négative. Il ne semble donc pas que la cuti-réaction soit d'une grosse importance pour le diagnostic précoce de la tuberculose, très inférieure en tout cas à la radiographie. R. Rivoire.

H. Fullerton, A. Lejall et **L. Davidson.** ***Le traitement de l'urémie diabétique par les injections de sérum glucosé hypertonique*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5663, 12 Mars 1932). — H., L. et D. rapportent l'observation d'un malade qui, au cours d'un coma diabétique, fit une anurie complète de plusieurs jours, compliquée d'une pleurésie séro-fibrineuse, et qui guérit malgré une rétention uréique supérieure à deux grammes, sous l'influence d'injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique. La guérison des comas diabétiques compliqués d'urémie supérieure à un gramme est tout à fait exceptionnelle : la guérison par l'injection de sérum hypertonique tend à prouver que les lésions rénales qui compliquent assez fréquemment le coma diabétique ne sont pas des lésions graves, et que des modifications de l'équilibre osmotique du plasma suffisent à rendre au parenchyme rénal sa perméabilité. De toute façon, le traitement est intéressant et facile à essayer dans les cas de coma diabétique compliqués d'urémie. R. Rivoire.

J. Freeman. ***La spécificité des intradermo-réactions à la « Protéose »*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5663, 12 Mars 1932). — Oriel et Barber isolèrent en 1930 une substance de l'urine qu'ils appelèrent « protéose » et qui, selon eux, se montrerait capable de déterminer, par intra-dermo-inoculations à doses infimes, une réaction positive spécifique dans les maladies allergiques. Étant donné les très importantes conséquences théoriques et pratiques de cette découverte, plusieurs auteurs ont essayé de vérifier les affirmations d'Oriel et Barber. F. a étudié à fond cette question depuis deux ans, et ses conclusions sont nettement défavorables à la « Protéose ». La spécificité des intra-dermo-réactions est formellement niée, la substance étant simplement irritante pour le tissu dermique, et déterminant des réactions positives aussi bien chez les allergiques que chez les sujets normaux : cependant dans quelques cas la réaction est plus nette chez les sujets allergiques, mais cela est dû au dermographisme si fréquent chez ces malades, l'inoculation de sérum physiologique déterminant alors une réaction positive analogue. R. Rivoire.

THE JOURNAL of EXPERIMENTAL MEDICINE (Baltimore)

P. D. Mc Master, S. Hudeck et **P. Rous.** ***Rapports entre la pression hydrostatique et la régulation de la perméabilité des capillaires*** (*The Journal of experimental Médicine*, tome LV, n° 2, Février 1932). — En dépit de travaux récents indiquant que divers facteurs chimiques et physiques peuvent influencer les échanges qui se font à travers la paroi des vaisseaux sanguins, on continue à admettre que ceux-ci sont régis par la diffusion, la pression hydrostatique et la pression osmotique des colloïdes sanguins agissant le long des capillaires également perméables sur toute leur longueur. Or la mise en évidence d'un passage des colorants vitaux du sang vers les tissus qui augmente progressivement le long des capillaires et se trouve à son maximum là où précisément il devrait être à son minimum si les seuls facteurs précités étaient en jeu, vient montrer que d'autres influences s'exercent dont l'importance dépasse celle de ces facteurs et dont le rôle n'a pas encore été bien mis en lumière.

Les expériences des auteurs, faites avec des colorants (bleu de Chicago, bleu céleste de pontamine) dépourvus d'affinités spécifiques pour les tissus, ont eu pour but de mieux définir l'influence de la pression hydrostatique. Elles ont consisté à modifier notablement la pression par divers artifices (section nerveuse, ligature de l'aorte avec section de la moelle, ligature veineuse) et à examiner si les conditions modifiées avaient fait varier la régulation du passage du colorant hors des capillaires au niveau de l'oreille de la souris ou des muscles abdominaux du lapin.

Tous les résultats obtenus concordent pour montrer que, lorsque la pression sanguine est diminuée jusqu'à l'extrême limite compatible avec une circulation, la diversité du degré du passage du colorant à travers les capillaires se retrouve avec les mêmes caractères. Il en est encore de même quand le facteur pression a été totalement éliminé. Celle-ci ne peut donc pas jouer de rôle essentiel dans le maintien de la régulation de la perméabilité vasculaire, bien qu'elle se montre toutefois capable d'influencer cette régulation, comme le montrent les expériences où la pression veineuse était augmentée, ce qui avait pour résultat d'accroître les différences locales de perméabilité.

Les différences dans la perméabilité ne paraissent pas tenir à une contraction tonique variable des capillaires. Elles doivent plutôt être attribuées à des différences locales de structure dans la barrière offerte par la paroi des capillaires le long de leur trajet. P.-L. Marie.

H. K. Ward et **J. Wright.** ***Recherches sur la méningite grippale; le problème de la thérapeutique spécifique*** (*The Journal of experimental Medicine*, tome LV, n° 2, Février 1932). — La méningite à bacilles de Pfeiffer n'est pas exceptionnelle chez les nourrissons et les enfants en bas âge ; son pronostic est presque toujours fatal.

Les recherches de W. et W. montrent en pareil cas l'absence totale du complément dans le liquide céphalo-rachidien, alors qu'il existe dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques. Leurs expériences sur l'action bactéricide de l'antisérum spécifique indiquent que l'injection de ce dernier ne doit avoir que de faibles chances de succès à moins que l'on n'injecte en même temps du complément.

Ce traitement combiné a donné dans certains cas une amélioration clinique nette, en même temps qu'une stérilisation et un éclaircissement du liquide céphalo-rachidien, mais au bout de quelques jours une rechute s'est produite et les malades sont morts. L'autopsie a montré des abcès localisés à la base du cerveau, les lésions étant nettement isolées du reste des espaces sous-arachnoïdiens. Dans un cas cependant la guérison fut obtenue. Les parois des abcès constituent, semble-t-il, un obstacle infranchissable à l'action du sérum spécifique et du complément. W. et W. discutent de la possibilité de prévenir la formation de ces abcès. Un diagnostic précoce et une stérilisation plus rapide paraissent les moyens les plus efficaces d'y parvenir. Les expériences faites sur le pouvoir bactéricide du sérum montrent que la proportion de l'antisérum par rapport au complément peut jouer un rôle important en déterminant une disparition plus rapide des bacilles.

P.-L. Marie.

J. Wright et **H. K. Ward.** ***Recherches sur la méningite grippale; le problème de la virulence du « B. influenzae » et de sa résistance*** (*The Journal of experimental Medicine*, tome LV, n° 2, Février 1932). — Pittman a récemment décrit deux types de *B. influenzae*, le type S, à colonies grasses, encapsulé, virulent pour l'animal, produisant un précipitogène, et le type R, à colonies sèches, dépourvu de capsule, de taille plus irrégulière, non virulent pour l'animal et ne produisant pas de substance précipitante.

W. et W. ont étudié la virulence et la résistance de ces deux types.

Le type S se montre absolument résistant à l'égard de l'action bactéricide du sérum normal dilué chauffé. Par contre, le type R est facilement détruit. Bien que ce ne soit pas là une épreuve de virulence véritable, cette recherche semble devoir donner des indications utiles, à défaut d'animaux appropriés.

Le filtrat des cultures du type S contient une substance douée de fortes propriétés bactéricides qui font défaut dans les cultures du type R. Vraisemblablement cette substance bactéricide est identique au précipitogène des cultures du type S ou très voisine de lui. Cependant l'existence de quelques différences dans la résistance à la chaleur de ces deux substances doit faire réserver toute conclusion ferme jusqu'au moment où l'on pourra disposer d'une quantité suffisante de précipitogène purifié.

Les comparaisons quantitatives concernant l'agglutination, la précipitation et les propriétés bactéricides entre les antisérums R et S, soumis ou non à l'absorption des anticorps, indiquent que l'agglutinogène est un antigène distinct et l'agglutinine un anticorps distinct également, ne jouant aucun rôle dans l'action bactéricide de l'antisérum, et que la précipitine, qui existe seulement dans l'antisérum S, se confond avec l'anticorps bactéricide.

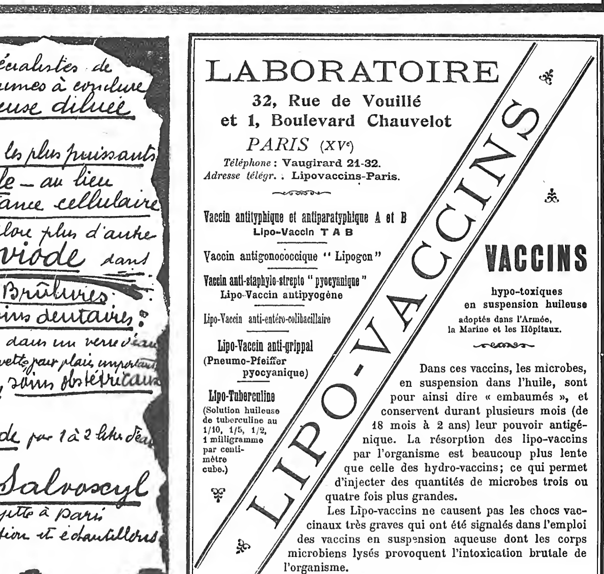
W. et W. discutent enfin des rapports existant entre le précipitogène et la virulence et entre la précipitine et la résistance. P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

T. G. Klumpp et **A. T. Hertig.** ***Erythrémie et leucémie myéloïde*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 2, Février 1932). — On rencontre parfois des cas où l'on trouve simultanément la formule sanguine de ces deux affections et où le diagnostic différentiel reste souvent délicat jusqu'à l'autopsie.

C'est un de ces faits concernant un homme de 50 ans que relatent K. et H. Le tableau était celui d'une leucémie myéloïde (22.000 globules blancs dont 10 pour 100 de myélocytes) avec grosse splénomégalie, sans atteinte ganglionnaire, associée à des signes d'érythrémie (coloration spéciale des téguments, 7.000.000 globules rouges; Hb. 100). Un traitement par la phénylhydrazine fit diminuer les symptômes érythrémiques, mais la mort survint au cours de la radiothérapie splénique, occasionnée par une hémorragie méningée, sans que l'on puisse, semble-t-il, incriminer ce traitement. L'autopsie montra une moelle en état d'hématopoïèse exagérée, mais ne présentant pas de réactions leucémiques, pas plus que les autres organes.

De ce cas K. et H. rapprochent 4 faits analogues observés antérieurement au même hôpital. De leur étude il se dégage que dans les cas qui se terminent comme une leucémie myéloïde, la maladie débute d'ordinaire par un stade faisant penser à de l'érythrémie. Celle-ci s'atténue graduellement et les caractères leucémiques s'accentuent. Naegeli a insisté sur la fréquence d'une polycythémie ini-


LABORATOIRE
32, Rue de Vouillé
et 1, Boulevard Chauvelot
PARIS (XVe)
Téléphone : Vaugirard 21-32.
Adresse télégr. : Lipovaccins-Paris.
Vaccin antityphique et antiparatyphique A et B
Lipo-Vaccin T A B
Vaccin antigonococcique " Lipogon "
Vaccin anti-staphylo-strepto " pyocyanique "
Lipo-Vaccin antipyogène
Lipo-Vaccin anti-entéro-colibacillaire
Lipo-Vaccin anti-grippal
(Pneumo-Pfeiffer pyocyanique)
Lipo-Tuberculine
(Solution huileuse de tuberculine au 1/10, 1/5, 1/2, 1 milligramme par centimètre cube.)
LIPO-VACCINS
VACCINS
hypo-toxiques
en suspension huileuse
adoptés dans l'Armée, la Marine et les Hôpitaux.
Dans ces vaccins, les microbes, en suspension dans l'huile, sont pour ainsi dire « embaumés », et conservent durant plusieurs mois (de 18 mois à 2 ans) leur pouvoir antigénique. La résorption des lipo-vaccins par l'organisme est beaucoup plus lente que celle des hydro-vaccins; ce qui permet d'injecter des quantités de microbes trois ou quatre fois plus grandes.
Les Lipo-vaccins ne causent pas les chocs vaccinaux très graves qui ont été signalés dans l'emploi des vaccins en suspension aqueuse dont les corps microbiens lysés provoquent l'intoxication brutale de l'organisme.

tiale dans presque tous les cas de leucémie myéloïde.

Dans les cas d'érythrémie vraie l'apparition d'une leucocytose prononcée avec myélocytes est généralement une manifestation tardive et un indice d'une altération plus profonde de la moelle osseuse.

On rencontre parfois des cas (Gheron, Winter) qui débutent avec le tableau de la leucémie myéloïde et qui se transforment peu à peu en érythrémie véritable.

Pratiquement, on peut dire qu'un cas présentant à la fois le tableau de la leucémie myéloïde et de l'érythrémie a plus de chances d'être une leucémie qu'une érythrémie. Parmi 33 cas publiés de ce genre, 12 évoluèrent vers la leucémie, 5 vers l'érythrémie. Les autres ne peuvent pas être classés, faute d'autopsie. Certains cas ne purent pas non plus être identifiés même à l'autopsie, du fait de la présence simultanée des caractères des deux affections. P.-L. Marie.

A. M. Ornsteen. ***Recherches sur la pathogénie et l'hérédité du syndrome de Laurence-Biedl [dystrophie adiposo-génitale, rétinite pigmentaire, déficit intellectuel et polydactylie]*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 2, Février 1932). — On sait que ce syndrome, signalé par Laurence en 1866, étudié par Bardet en 1920, puis par Biedl, est une forme congénitale et essentiellement familiale d'obésité de type cérébral associée à du déficit intellectuel, à de la dystrophie génitale, à de la rétinite pigmentaire et souvent à de la polydactylie. Les cas rapportés se ressemblent tous étroitement; cependant l'un des symptômes cardinaux peut faire défaut.

Aux 42 cas déjà publiés, O. en ajoute 3 nouveaux atteignant 3 enfants parmi les 6 d'une même famille. Parmi leurs ascendants, plusieurs étaient obèses et de grande taille, mais aucun ne présentait d'anomalies de l'intelligence, de la vision ni du développement.

Du point de vue de la pathogénie, on a d'abord incriminé une lésion de l'hypophyse. Biedl avait pensé qu'une selle turcique de hauteur anormale pouvait gêner l'écoulement de la sécrétion de la portion intermédiaire de l'hypophyse à travers la tige pituitaire et influencer ainsi les centres métaboliques et génitotropiques de la base du cerveau. Mais cette anomalie de la selle est généralement absente et, d'autre part, il n'y a pas de symptômes indiquant une lésion hypophysaire.

O. qui considère cette forme de dystrophie de Froelich comme une anomalie par défaut héréditaire, de caractère génotypique, donne une explication plus satisfaisante basée sur le développement embryologique de la région hypothalamique du diencéphale. La fréquente association de la dystrophie adiposo-génitale, de la rétinite pigmentaire et du déficit intellectuel résulterait d'un vice dans le développement de la zone ectopique de Schulte du prosencéphale (cerveau antérieur), en raison de ce fait que l'hypothalamus et le chiasma optique prennent naissance aux dépens du segment ventral et le cerveau terminal aux dépens du segment céphalique de cette zone ectopique. Les autres anomalies, polydactylie, atrésie de l'anus, difformités du crâne, etc., qui se rencontrent occasionnellement en même temps que le groupement étroit d'anomalies cérébrales constituant la base du syndrome de Laurence-Biedl, ne représenteraient que la réunion accidentelle de caractères génotypiques somatiques au groupement de caractères cérébraux.

E. Weiss. ***Obésité à type cérébral associée à de la surdité nerveuse, du déficit intellectuel et à de la dystrophie adiposo-génitale, une variante du syndrome de Laurence-Biedl*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 2, Février 1932). — W. rapporte 2 cas très semblables de syndrome de Laurence-Biedl observé chez deux sœurs et dont la particularité consiste dans la présence d'une surdité nerveuse chez les deux malades. La rétinite pigmentaire habituelle faisait défaut ainsi que la polydactylie. 2 autres enfants étaient normaux.

L'association de la surdité congénitale au syndrome de Laurence-Biedl et le fait que la surdité nerveuse constitue souvent, en dehors de ce syndrome, un équivalent de la rétinite pigmentaire dans la transmission de cette dernière anomalie, font penser que les cas rapportés ici représentent une variante du syndrome de Laurence-Biedl où la surdité remplacerait la rétinite pigmentaire. On est donc porté à chercher la même explication embryologique aux deux anomalies, à savoir un défaut de développement dû à une anomalie génotypique du prosencéphale (cerveau antérieur), mais la surdité nerveuse ne peut être embryologiquement interprétée comme un équivalent de la rétinite pigmentaire dans le syndrome de Laurence-Biedl, l'oreille interne se développant aux dépens du cerveau postérieur. Néanmoins, il semble y avoir là plus une véritable association qu'une simple réunion accidentelle de caractères génotypiques somatiques. P.-L. Marie.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

J. M. Jorge et **D. Brachetto-Brian.** ***Structure histologique du xanthome isolé congénital*** (*La Prensa Medica Argentina*, tome XVIII, n° 24, 30 Janvier 1932). — J. et B. rapportent 4 cas de xanthome opérés avec succès, 3 du sillon labio-gingival chez des nourrissons, 1 de la région ombilicale chez un adulte.

A l'examen microscopique, ces tumeurs apparaissent constituées par : 1° des *cellules néoplasiques*, spongieuses, écumeuses, ou vacuolées, riches en corpuscules argentophiles; 2° un *lacis vasculaire dense;* 3° un *stroma conjonctif.* Cellules et vaisseaux prolifèrent en nombreux centres d'accroissement. L'on observe des pseudo-kystes de cytolyse, irréguliers, sans paroi nette (distincts des pseudo-kystes d'exsudation de Roussy-Oberling).

On doit considérer les éléments néoplasiques, xanthomateux, comme secondaires. Ce sont des dérivés réticulo-endothéliaux, dont l'évolution a été modifiée par un trouble local du métabolisme des graisses, en rapport avec la tumeur vasculaire primitive.

Expérimentalement, Anitschkow a produit le xanthélasma par alimentation hypercholestérinée; Roussy un xanthome des plexus choroïdes.

L'hypercholestérinémie constitue donc un facteur étiologique essentiel. L'infiltration graisseuse du système réticulo-endothélial s'observe aussi bien dans les processus dégénératifs que néoplasiques ou inflammatoires.

G. d'Heucqueville.

LA ROUMANIE MÉDICALE
(Bucarest)

T. Saragea. ***La nutrition et le métabolisme en général chez les hypertensifs*** (*La Roumanie médicale*, n° 2, 15 Janvier 1932). — L'hypertension est plus fréquente chez les gros mangeurs, pléthoriques, congestifs. Pour Bouchard, il y a 61 pour 100 d'hypertensifs parmi les obèses. La statistique de Merklen et de von Noorden est la même.

Les deux chiffres sont élevés: tension systolique et diastolique. Certains auteurs (Vaquez, Romberg, Dunin) n'admettent pas les relations de cause à effet entre l'obésité et l'hypertension. Merklen croit qu'il existe au moins certains cas. Peut-être les statistiques ne correspondent pas toujours à la réalité, parce qu'un bon nombre d'hypertendus obèses ne consultent que très tard, quand la longue période de compensation prend fin. Dans les phases avancées de l'hypertension artérielle, la nutrition peut régresser jusqu'à la cachexie.

En dehors de l'obésité, on note souvent le *diabète*, chez les hypertendus. Pour Isaac et Noorden, *la rétinite diabétique se voit presque exclusivement chez les diabétiques hypertendus.* Gallavardin, Wiechmann remarquent que l'hypertension est fréquente chez les diabétiques après quarante ans.

Le *métabolisme des hydrocarbonés* serait assez souvent troublé chez les hypertendus. Les auteurs allemands trouvent l'hyperglycémie dans la proportion de 10 à 25 pour 100. Hetény est du même avis, même chez les hypertendus sans lésions organiques, cliniquement apparentes.

En 1923, Klemperer et Strisover ont essayé l'action de l'insuline chez les hypertendus. L'insuline abaisserait la tension en même temps que l'hyperglycémie. Le professeur Vaquez, Gley et Kisthinios ont essayé les extraits pancréatiques désinsulinisés. Labbé et Denoyelle ne trouvent pas d'hyperglycémie chez les hypertendus purs. A ce point de vue, les auteurs ne s'accordent pas, mais on peut conclure qu'il existe des troubles du métabolisme des hydrocarbonés.

On a décrit aussi l'*hypercholestérinémie* dans l'hypertension. Elle varie de 2.06 pour 1000 à 2,17 pour 1000; mais il n'y aurait pas de rapport entre ces chiffres et l'hypertension pure sans lésions aortiques ou rénales.

Le métabolisme minéral est troublé dans l'hypertension. Le professeur Vaquez recommande aux hypertendus un régime pauvre en sel (Cl Na).

L'équilibre électrolytique serait rompu; Waldorp et Kylin ont trouvé de l'*hypocalcémie;* elle produirait l'excitation du système vagal qui engendre, pour eux, l'hyperglycémie, les lésions vasculaires, la polysclérose. Pour Dumas, Gardère et Badinant, les hypertendus présenteraient de l'hypoalbuminose avec inversion du rapport sérines-globulines.

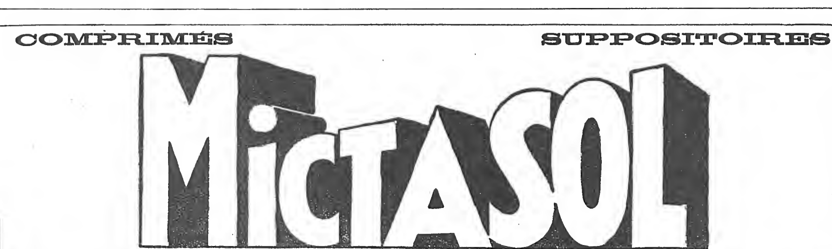
Enfin, le *métabolisme basal* serait augmenté.

En résumé, on peut conclure que l'hypertension artérielle s'accompagne souvent de troubles du métabolisme général, parfois même de troubles de la nutrition (diabète, obésité). On ne peut pas affirmer que ces troubles soient primitifs ou secondaires. Pour Mathieu, Pierre Weil et Guillaume, les troubles du métabolisme d'une part, les réflexes vaso-constricteurs dus à l'altération du milieu intérieur, d'autre part, seraient à l'origine de l'hypertension des dyscrasiques; au début, hypertension fonctionnelle et curable, plus tard lésionnelle, incurable, définitive. On comprend l'importance d'un examen biologique de tout hypertendu, au moment ou la diététique et le traitement général peuvent encore agir.

Henri Krauter.

A. Stroe et **P. Kringer-Speling.** ***L'action des glucosides scillitiques dans les néphrites aiguës scarlatineuses*** (*La Roumanie médicale*, n° 2, 15 Janvier 1932). — Il est classique de ne pas administrer des diurétiques, au cours de l'évolution des néphrites aiguës. Les auteurs soutiennent que l'abstention systématique serait excessive et relatent l'action favorable, sur l'évolution des néphrites aiguës scarlatineuses, des glucosides scillitiques; il faut les employer comme adjuvant du traitement hygiéno-diététique. Ils ont examiné 21 cas (9 néphrites hydropigènes, 5 azotémiques, 7 mixtes). L'examen répété des urines n'a pas montré d'aggravation des manifestations cliniques, ni d'albuminurie ou d'élimination des corps uréiques.

Ils ont employé les glucosides scillitiques à petites doses: 2-3 comprimés (au 0,0008 gr.), ou XX à XXX gouttes. Cette dose fut divisée en trois dans les 24 heures. L'amélioration clinique et biologique ne se manifeste que quelques jours après.


COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
MICTASOL


Docteur
Sur le point de prescrire la Valériane êtes-vous parfois retenu par la crainte de donner à votre malade un médicament malodorant ?
Ordonnez alors le
Valérianate Gabail
désodorisé
ou
Élixir Gabail
valéro-bromuré
aussi efficaces dans leur action qu'agréables à prendre.
LABORATOIRES S. GABAIL 5, Rue Lefebvre PARIS (XV°).

Il faut donner la médication jusqu'à l'apparition d'une diurèse suffisante, accompagnée d'une diminution de l'urée sanguine et des œdèmes. Parfois, le traitement fut appliqué 15 à 20, et même 30 jours sans aucune manifestation toxique. Les malades furent évidemment soumis au repos au lit, diète lactée et hydro-carbonée, ventouses scarifiées. Les auteurs affirment que les résultats obtenus sont satisfaisants; atténuation des symptômes cliniques, rétablissement et augmentation de la diurèse, rapides.

Ils rapportent un cas de néphrite scarlatineuse avec anasarque généralisée; un autre cas, avec œdèmes généralisés, hydrothorax double, hématurie et cylindrurie, azotémie à 1,60 pour 1000. Les dosages effectués montrèrent la diminution rapide de l'urée sanguine et l'augmentation parallèle de l'urée de l'urine. Dans les néphrites hydropigènes, il est plus difficile d'apprécier l'action du médicament sur l'élimination chlorurée, à cause de l'effet simultané du régime. Ils eurent un seul cas de vomissements; malgré l'amélioration rénale, ils furent obligés d'arrêter le traitement. L'effet fut nul dans un seul cas grave où aucune thérapeutique n'aboutit.

L'intérêt doctrinal de cet essai thérapeutique est de valeur. Martin Fischer, de Cincinatti, puis Chabannier et Paul Blum ont mis en évidence le rôle des facteurs extra-rénaux, notamment du tissu interstitiel dans le mécanisme des rétentions. En résumé, l'action des glucosides scillitiques n'est nullement nocive sur le parenchyme rénal; ni l'examen complet et répété des urines, du sédiment, ni les dosages de l'urée sanguine n'ont traduit une aggravation des lésions rénales. D'où un nouvel argument sur l'action extra-rénale, interstitielle, du diurétique scillitique.

Henri Krauter.

G. Marinesco, E. Facon, N. Vasilesco. ***Quelques dates au sujet du traitement de la myasthénie*** (*La Roumanie médicale*, n° 2, 15 Janvier 1932). — La thérapeutique idéale de la myasthénie devrait s'inspirer de la pathogénie de l'affection. Mais les causes sont variables et insuffisamment connues. On a décrit la maladie d'Erb-Goldflam chez certains malades présentant des foyers d'infection aiguë ou latente. L'intoxication chronique (cancer) ou même physiologique (grossesse) peut engendrer la myasthénie. A défaut de traitement étiologique, on traita d'abord symptomatiquement l'asthénie, les troubles de la déglutition et les troubles cardiaques.

Le professeur Marinesco recommande:

1° *Le repos absolu au lit.*

2° *L'alimentation substantielle* qualitativement alimentation à la cuiller, en cas de troubles de la déglutition.

3° *Toniques généraux.* Marinesco emploie surtout la strychnine en injections sous-cutanées de 1 milligr. à 1 centigr.; dose totale 10 centigr. Il alterne avec l'insuline et l'extrait de surrénale. Le traitement symptomatique est souvent aléatoire.

Le cas de Weigert et Laquer (tumeur thyroïdienne) déclancha la thérapeutique par les glandes endocrines. On essaya sans résultats la parathyroïde, l'hypophyse, le thymus et la thyroïdine.

Marinesco décrivit le rôle du système végétatif et de la surrénale.

L'extrait surrénalien aurait donné quelques beaux succès.

Marinesco, Sager et Kreindler ont signalé l'existence d'un état d'acidose au cours de l'évolution du syndrome myasthénique. Ce phénomène traduit un trouble du métabolisme musculaire en rapport avec une défaillance de la synthèse du lactacidogen.

Falta a démontré que la fibre musculaire a besoin d'insuline pour travailler.

L'insuline produit des améliorations remarquables entre les mains du professeur Marinesco. Il injecte 15 unités deux fois par jour, après avoir fait prendre au malade 7-10 morceaux de sucre. On ne dépasse pas 500 doses insuliniques. Après un repos de 20 jours, on peut recommencer. Les résultats dus à l'insuline s'expliquent par l'action de cette substance sur les deux phénomènes qui sont à l'origine de la myasthénie: le trouble du métabolisme des hydrocarbonés et l'acidose. Il se peut aussi que l'amélioration du syndrome soit due à l'hyperadrénalinémie que provoque l'insuline; on peut néanmoins supposer que l'action insulinique est directe par ses effets alcalinisants et son action sur le métabolisme des hydrocarbonés.

Henri Krauter.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

W. Koskowski. ***Le rôle de l'histamine dans l'hypertension artérielle*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome XI, n° 9, 28 Février 1932). — Les effets du régime et l'état du tube digestif sur la tension artérielle sont connus depuis longtemps. Les particularités dynamiques du sang en période de digestion peuvent être contrôlées sur l'utérus isolé de la femelle vierge du cobaye. Le sang prélevé au cours de la digestion des albumines provoque une contraction tétanisante du muscle utérin. Parmi les substances qui déterminent ce phénomène, l'histamine possède ce pouvoir à un degré extrême, se manifestant dans des dilutions à 1/10.000.000.

L'histamine exerce une action pharmaco-dynamique sur les sucs digestifs, sur les vaisseaux sanguins, sur les surrénales et surtout sur son antagoniste l'adrénaline.

S'accumulant lentement dans le sang, l'histamine détermine l'hyperadrénalinémie dont le résultat est l'hypertension artérielle.

L'histamine est produite dans l'intestin continuellement. De nombreuses variétés microbiennes et tous les processus contribuent à son élaboration. Dans la prescription du régime des malades, il faudrait éliminer tous les aliments contenant de l'histidine, véritable source de l'histamine. Le fonctionnement intestinal dans les limites physiologiques normales évite le stationnement et l'absorption des produits de décomposition des albumines.

Les expériences faites sur l'utérus isolé d'une femelle de cobaye donnent la preuve de la présence de l'histamine dans le sang défibriné. Ces contractions utérines ne se produisent point si on prend soin d'évacuer l'intestin à l'aide des purgatifs. Donc les purgatifs font disparaître l'histamine et éliminent ainsi l'agent excitateur des surrénales. Les purgatifs peuvent être remplacés par des médicaments absorbants.

Ces remarques peuvent ainsi expliquer certaines formes d'hypertension artérielle, l'action sensibilisante de l'alimentation carnée sur l'adrénaline, l'hypertension des intoxiqués alimentaires et la façon plus vive de réagir à l'épreuve de l'adrénaline de certains hypertendus.

Fribourg-Blanc.

ACTA CHIRURGICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

B. William, Faulkner et **C. Edward Faulkner** (San Francisco). ***Drainage interne; un facteur causal dans la production du collapsus pulmonaire massif postopératoire*** (*Atélectasie pulmonaire;* ***suggestions pour la prévention et le traitement*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, tome LXIX, fasc. 2 et 3, 19 Février 1932). — L'atélectasie pulmonaire est fréquente après une opération et peut être suivie de complications sérieuses. Si certains malades guérissent spontanément ou à la suite d'un traitement adéquat, d'autres présentent des pneumonies, des abcès du poumon, et des empyèmes; quelques cas de mort sur la table d'opération ont été également signalés.

Les recherches des auteurs, basées sur l'auscultation directe, l'examen après injection de lipiodol, l'exploration radiologique et bronchoscopique leur font croire que le facteur étiologique primitif est la présence d'un excès de sécrétion ou de pus à l'intérieur des bronches. Habituellement ces sécrétions sont rejetées par la bouche et le nez pendant ou immédiatement après l'opération, mais chez les malades qui ont déjà eu des accidents pulmonaires, le pus présent à l'intérieur des bronches agit mécaniquement comme un corps étranger ou en produisant un œdème inflammatoire de la muqueuse bronchique, les sécrétions obstruent la lumière des bronches et produisent le collapsus d'un poumon, d'un lobe ou d'une portion de lobe.

Pour éviter ces accidents, il faut veiller à l'hygiène buccale avant l'opération, à l'enlèvement des sécrétions qui s'accumulent à l'intérieur de la bouche pendant l'opération. La position de Trendelenburg, pendant et après l'opération, empêche les sécrétions d'envahir la trachée et les bronches. Chez les malades souffrant d'affections pulmonaires, un traitement bronchoscopique et un drainage postural doivent être employés pour vider les bronches avant l'opération de manière à empêcher l'envahissement de l'arbre trachéo-bronchique par le pus.

Les inhalations d'acide carbonique pur ont de bons résultats dans la prophylaxie et dans le traitement de l'atélectasie pulmonaire post-opératoire, parce que ces inhalations entraînent une hyperventilation pulmonaire et facilitent l'expectoration.

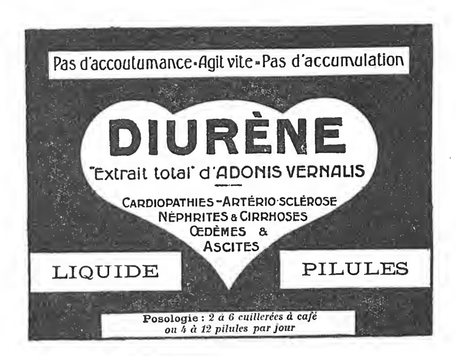
Lorsque le collapsus massif des poumons est diagnostiqué après l'intervention, on peut le supprimer parfois en roulant le malade d'un côté puis de l'autre, mais si ces mesures sont inefficaces, il faut avoir recours au traitement bronchoscopique.

R. Rivoire.

J. Hellström (Stockholm). ***Hyperparathyroïdie et ostéite fibreuse généralisée*** (*Acta Chirurgica Scandinavica*, tome LXIX, fasc. 2 et 3, 19 Février 1932). — Après avoir passé en revue les faits qui permettent de rattacher l'ostéite fibreuse généralisée à un hyperfonctionnement des parathyroïdes, H. étudie particulièrement l'influence de la parathyroïdectomie sur les divers symptômes de cette affection. Sur 35 cas rapportés opérés, 33 fois les parathyroïdes étaient augmentées de volume. Dans l'ensemble, les résultats obtenus ont été meilleurs que par n'importe quelle autre méthode; cependant, il faut faire quelques réserves d'une part, parce que la période d'observation post-opératoire a été courte, d'autre part parce qu'il existe des rémissions spontanées dans l'ostéite fibreuse généralisée.

H. apporte en détail l'observation de 3 femmes atteintes de cette affection. 2 furent opérées. Chez la première, après extirpation d'un adénome parathyroïdien de la grosseur d'une noisette, tous les symptômes régressèrent. Chez la seconde, après l'ablation d'un adénome de la grosseur d'une noix, se produisit une amélioration passagère qui fut suivie plus tard d'une nouvelle aggravation. Une deuxième intervention en extirpant un autre adénome de même taille déclencha une amélioration rapidement progressive. Le troisième cas où existaient à la fois des symptômes d'hyperparathyroïdie et d'hyperthyroïdie (MB+50) fut soumis à la radiothérapie. Une amélioration considérable de l'état général se produisit; on put constater radiographiquement, au niveau du squelette, des processus de guérison, plus marqués qu'il n'en a été décrit jusqu'ici. Cependant, la calcémie continua à être augmentée et atteignait 140 milligr.

Robert Clément.



Pas d'accoutumance • Agit vite • Pas d'accumulation
DIURÈNE
"Extrait total" d'ADONIS VERNALIS
CARDIOPATHIES - ARTÉRIO-SCLÉROSE
NÉPHRITES & CIRRHOSES
ŒDÈMES & ASCITES
LIQUIDE
PILULES
Posologie : 2 à 6 cuillerées à café ou 4 à 12 pilules par jour

Rhumatisme cervical chez les enfants

Le rhumatisme articulaire aigu, limité aux vertèbres cervicales, est d'une grande rareté chez les enfants. On ne s'attend pas à le rencontrer et c'est pourquoi on est exposé à le méconnaître. Quand le rhumatisme aigu ne se localise pas d'emblée sur les articulations des membres, ses sièges de prédilection, quand il affecte une localisation anormale comme celle de la colonne vertébrale, et spécialement de la colonne cervicale, l'erreur de diagnostic est presque fatale. Tantôt on pense au *torticolis aigu a frigore*, qu'on traite par les cataplasmes et les applications chaudes, tantôt on parle de *mal de Pott* sous-occipital malgré l'évolution aiguë, l'absence des antécédents suspects, la négativité de la cuti-réaction, et l'on jette l'alarme dans l'entourage. Cette opinion pessimiste semble parfois s'appuyer sur la radiographie qui montra une sorte de subluxation atloïdo-occipitale très apparente chez un garçon du service de L. Ombrédanne, traité d'abord pour mal de Pott, puis rapidement guéri par la médication salicylée. Dans d'autres cas, nous avons vu le rhumatisme cervical pris pour une *méningite tuberculeuse.* Mais la ponction lombaire, en montrant l'intégrité chimique, cytologique et bactériologique du liquide céphalo-rachidien, permettra de dissiper cette erreur. Enfin, la raideur douloureuse du cou, si frappante dans le rhumatisme cervical, pourra s'observer au début de la *poliomyélite* à forme méningée, et L. Morquio a attiré avec raison l'attention des pédiatres sur cette forme assez rare de la maladie.

En 1925 (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*), G. Mouriquand, P. Bertoye et Charleux ont rapporté l'histoire d'un garçon de 9 ans qui avait présenté les signes d'un *pseudo-mal de Pott* d'origine rhumatismale; et notre confrère italien P. Fornara (*Studium*, 1930, n° 3) a cité deux cas semblables chez des garçons de 8 et 9 ans qui ont guéri rapidement par le salicylate de soude. De tels faits sont donc aujourd'hui bien connus, bien classés, et tout médecin instruit doit pouvoir faire rapidement le diagnostic de rhumatisme cervical, rassurant puisqu'il implique un traitement d'une efficacité absolue.

Si l'enfant atteint de cette forme de rhumatisme a le cou raide, s'il porte sa tête immobile comme un *Saint-Sacrement*, on remarque que la douleur, très vive, provoquée par la pression sur la nuque comme par les moindres mouvements, actifs ou passifs, de la tête, siège au cou et non à la tête. Inutile donc de mettre une vessie de glace sur le cuir chevelu comme je l'ai vu faire récemment; on remplacera avantageusement cette poche glacée, dont les malades se plaignent, par des enveloppements chauds de la région cervicale. La localisation de la douleur a donc une réelle valeur pour le diagnostic. D'autre part, l'enfant, bien qu'il souffre beaucoup et qu'il ait de la fièvre, a conservé toute son intelligence; pas de délire, pas de tendance à la somnolence ni au coma; réponses nettes aux questions posées. Cette intégrité des fonctions psychiques permet d'écarter la méningite comme l'encéphalite. L'auscultation du cœur, qui ne sera jamais omise, fait entendre tantôt des bruits normaux, tantôt un souffle systolique de la pointe, révélateur d'endocardite rhumatismale. Enfin, dans quelques cas, l'arthrite cervicale aura été précédée de manifestations articulaires plus ou moins vagues du côté des membres inférieurs ou supérieurs. Toutes ces manifestations antécédentes ou concomitantes doivent être recherchées avec soin pour fixer un diagnostic resté trop souvent hésitant. Dans le doute, d'ailleurs, il ne faut pas s'abstenir et l'on s'adressera le plus tôt possible à la médication salicylée presque toujours triomphante.

1° On prescrira le repos absolu et prolongé au lit, avec immobilité de la tête posée sur un oreiller de laine et crin.

2° On enveloppera le cou de compresses humides chaudes renouvelées toutes les deux ou trois heures suivant l'intensité du cas, ou bien on appliquera des cataplasmes ou ouataplasmes avec taffetas gommé pour conserver l'humidité.

3° Pour combattre la constipation et l'état saburral qui sont habituels, on débutera par un purgatif salin : 15 grammes de sulfate de soude pris à jeun dans un verre d'eau de Vichy tiède.

4° Régime lacté, boissons abondantes (bouillons, tisanes, etc.).

5° Faire prendre, quelques heures après la purgation, 0 gr. 50 de salicylate de soude par année d'âge, en fractionnant les doses :

Salicylate de soude.................................. 0 gr. 50
Bicarbonate de soude.................................. 1 gr.

Pour un paquet, n° 20, à prendre dans un demi-verre d'eau sucrée chaque deux ou trois heures, suivant l'âge.

J. Comby.

Le traitement thermo-climatique des douleurs d'origine utéro-annexielles

Les douleurs d'origine utéro-annexielles peuvent être dues soit à une affection locale : phlegmasies douloureuses aiguës ou chroniques, adhérences péri-utérines, annexites douloureuses récentes ou anciennes, névralgies pelviennes, soit à une cause plus générale : névralgie ou névrose génitale, dysménorrhée, etc., indépendante de toute lésion, de tout état phlegmasique nettement accusé.

Le choix de la station de cure dépendra essentiellement de la cause et de la nature de la douleur.

I. — Traitement thermal.

La première indication qui se pose est d'éliminer les eaux très actives dont l'usage produit un effet excitant sur l'appareil génital féminin. Il conviendra de s'adresser exclusivement aux stations sédatives dont les cures essentiellement calmantes conviennent particulièrement aux femmes nerveuses, douloureuses, congestives. Sous l'influence du traitement thermal, l'état général névropathique s'améliore en même temps que s'amendent les névralgies réflexes et les symptômes locaux.

Parmi ces stations, il faut citer : *Néris*, la station de tous les excités, dont les eaux hyperthermales conviennent aux femmes atteintes de névrose génitale ou de phlegmasies pelviennes avec prédominance de phénomènes névropathiques ou douloureux. Ses bains prolongés lèvent les contractions et les spasmes, et, par ce moyen, contribuent à régulariser la circulation pelvienne; *Bagnères-de-Bigorre*, avec ses sources du Platane, du Foulon et surtout du Salut, dont l'action « hyposthénisante » est si efficace dans les affections utéro-annexielles accompagnées de troubles nerveux, apaisant la surexcitation nerveuse, et constituant une médication thermale de premier ordre dans les endométrites entachées de nervosisme ou d'arthritisme, dans les endométrites à forme catarrhale ou spasmodique accompagnées de névralgies ovariennes rebelles, dans la dysménorrhée spasmodique, le vaginisme, etc.; *Luxeuil* où se donnent des bains à température et à durée graduées, des irrigations prolongées réalisées avec les eaux hyperthermales et oligométalliques dont l'usage s'adresse aux utérines arthritiques, aux annexielles douloureuses et congestives, aussi bien qu'aux simples névrosées; *Saint-Sauveur*, recommandée de préférence aux malades chez lesquelles la névropathie est secondaire et dont l'action calmante sur la douleur est obtenue par la modification profonde des organes utéro-annexiels et par la suppression des excitations morbides qui en provenaient et qui développaient les désordres nerveux; *Cauterets* avec sa source du « Petit Saint-Sauveur »; les *Eaux-Chaudes*, *Ax-les-Thermes*, *Luchon*, dans le groupe des sulfureuses. *Aix-en-Provence*, *Plombières*, *Bourbon-Lancy*, *Evaux-les-Bains*, restent, en seconde ligne, également indiquées dans le traitement des algies d'origine utéro-annexielles.

D'un maniement infiniment plus délicat est l'usage des eaux chlorurées sodiques fortes telles que celles de *Salies-de-Béarn*, de *Salies-du-Salat*, de *Briscous-Biarritz*. Ces eaux agissent puissamment sur l'état général qu'elles stimulent et sur l'état local qu'elles améliorent en provoquant d'abord un processus fluxionnaire qui souvent réveille les douleurs ou les exagère. Elles seraient, pour cette raison, à éviter chez les algiques si la dose de leur intensité ne pouvait être réglée de façon à éviter ces inconvénients. Elles renferment du reste une certaine quantité de bromure qui peut être, par l'addition des eaux mères bromurées, suffisamment augmentée pour donner finalement à la cure thermale une influence nettement sédative.

II. — Traitement climatique.

Plus que toutes les autres algies, peut-être, les douleurs d'origine utéro-annexielles retentissent sur le nervosisme des malades ou sont influencées par lui. On comprend dès lors le bénéfice que ces malades peuvent retirer d'un séjour dans un climat nettement sédatif capable d'apaiser l'éréthisme nerveux, de calmer les douleurs, de rendre le sommeil. Ces conditions se trouvent réalisées surtout dans les stations de plaine, particulièrement dans celles du Sud-Ouest de la France telles que *Pau*, au climat « bromuré », dans certaines des stations thermales déjà indiquées pour les heureux effets de leurs eaux, telles que *Néris*, *Bagnères-de-Bigorre*, *Amélie-les-Bains*.

L. Goudard (de Pau).

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL
(Paris)

P. Jacquet et **P. Kreyts.** ***Battements épigastriques et dyspepsie pulsative*** (*Paris Médical*, tome XXII, n° 14, 2 Avril 1932). — L'éréthisme pulsatile de l'aorte abdominale se traduit à la palpation par une sensation de battements profonds du creux épigastrique et conditionne toute une gamme de symptômes fonctionnels. Il s'agit là d'un fait pathologique d'une fréquence extrême chez les dyspeptiques.

Le symptôme est facile à percevoir et ne prête pas à l'erreur. Une hyperesthésie plus ou moins vive à la pression du creux épigastrique coexiste fréquemment quand les battements sont forts, mais elle peut manquer. Il est exceptionnel que la compression profonde et prolongée devienne pénible au bout de quelques instants.

Les symptômes digestifs et extra-digestifs qui accompagnent l'éréthisme aortique présentent presque toujours le même caractère: sensations douloureuses, indépendantes de l'alimentation, accompagnées parfois de régurgitations pituiteuses, de salivation augmentée ou de renvois aérophagiques. Parfois une sorte d'angoisse respiratoire, une sensation vague de suffocation accompagnent ces malaises gastriques; il y a gêne pour respirer à fond, parfois palpitations et tachycardie. Les vertiges, l'état nauséeux, une amblyopie passagère se répétant 5 à 6 fois dans la journée, des migraines, un syndrome de colite nerveuse, l'anorexie, une perte de poids importante, des troubles psychiques, abattement, asthénie physique et intellectuelle, parfois véritable psychasthénie, sont fréquemment observés. Dans aucune autre affection le physique ne retentit sur le moral de façon aussi constante et avec autant d'intensité. Toutes les manifestations augmentent ou s'atténuent en même temps que l'éréthisme aortique.

Les battements épigastriques s'observent assez souvent dans la maladie de Basedow. D'autre part, ils font partie du syndrome de l'aortite abdominale; la syphilis récente en activité est susceptible de déterminer à elle seule un syndrome analogue. Dans la grande majorité des cas, au contraire, les battements épigastriques relèvent d'une cause locale qui doit être recherchée dans la sphère digestive. Les affections du cadre colique, surtout dans sa moitié droite et au niveau du transverse, celles de la zone gastrique du carrefour supérieur et des voies biliaires, celles du grêle, les troubles d'équilibration totale ou partielle des organes digestifs abdominaux à caractère de ptose doivent être incriminés quand les battements épigastriques existent; les ptoses, associées ou isolées, se trouvent à l'origine de plus de la moitié des cas. Les réactions douloureuses du côlon à forme entéralgique sont aussi une cause fréquente.

Les battements épigastriques constituent avec les symptômes digestifs et extra-digestifs qui les accompagnent un syndrome que l'on peut décrire sous le nom de dyspepsie pulsatile. Ce syndrome a une allure familiale et parfois héréditaire. L'épreuve du repos alité a une certaine valeur diagnostique. Les battements épigastriques sont une contre-indication à toute intervention chirurgicale qui ne devra être tentée qu'après atténuation sensible de l'éréthisme aortique.

Robert Clément.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

Stravinsky (Varsovie). ***L'actinomycose gastrique*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXIX, n° 3, Mars 1932). — La localisation aux organes de l'abdomen représente à peu près 20 pour 100 de la totalité des cas d'actinomycose. S. donne un résumé des 8 observations publiées de localisation gastrique; encore, après examen critique, n'en connaît-il que 3, celles de Hadjipetros, de Nathan et de Pohl, comme indiscutables. Il en donne une nouvelle, la première où le diagnostic ait été fait chez le vivant, avec constatation de la présence de l'actinomyces dans le liquide gastrique. Le malade, homme de 40 ans, présente une tumeur pariétale adhérant profondément sous le rebord costal gauche. La laparotomie montre l'enrobement du côlon transverse, l'infiltration du ligament gastro-colique et la présence d'une induration de la partie inférieure de la grande courbure avec prolongement profond. On se croit en présence d'un sarcome, et, dans l'impossibilité d'une résection complète, on se contente d'une ablation partielle de la paroi abdominale. La cicatrisation est suivie d'une fistule purulente contenant des grains jaunes. L'observation fut dès lors complétée par l'examen de la masse fibro-graisseuse enlevée, par l'analyse du suc gastrique et la culture aérobie et anaérobie du champignon retrouvé et dans le contenu gastrique et dans le liquide fourni par la fistule. S. termine en indiquant que l'actinomycose gastrique est liée à une perte de substance de la muqueuse de la partie inférieure de la grande courbure, peut-être due à l'action du champignon, mais aussi à l'existence primitive d'un ulcère gastrique ayant servi de porte d'entrée. Cette ulcération, dentelée et plate, avec conservation de la motilité gastrique, donne un aspect radiologique qui peut être regardé comme permettant le diagnostic avec le cancer.

Le suc gastrique est modifié, avec hypoacidité. Les cultures n'ont pas confirmé la théorie de Kleesattel qui veut que l'actinomyces ne puisse agir qu'associé aux bacilles comitans et fusiforme. L'ablation chirurgicale sera préférée, si elle est réalisable; sinon, comme dans le cas actuel, il faut prescrire l'iodure de potassium à fortes doses, le sulfate de cuivre, et... la radiothérapie. L'observation, prise récemment, ne dit rien de l'évolution.

P. Grisel.

LA SEMAINE DES HOPITAUX DE PARIS

E. Sergent. ***Quelques constatations cliniques sur le nerf phrénique*** (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, tome VIII, n° 4, 29 Février 1932). — Ce sont des constatations cliniques faites sur les conséquences des lésions destructives du nerf phrénique, spontanées ou provoquées (phrénicectomie), que réunit ici S.

De très grosses lésions médiastinales, cancers ou tumeurs du médiastin ou du poumon, peuvent toucher et altérer le nerf phrénique au point d'entraîner la paralysie de l'hémidiaphragme correspondant, sans que, à aucun moment, il n'y ait avant l'apparition des signes de paralysie, la moindre douleur dans la sphère du nerf phrénique. Quand on fait la phrénicectomie à l'anesthésie locale, la section du nerf provoque une douleur toujours assez vive. Une fois cette section faite, la torsion et l'arrachement presque complet du bout inférieur ne sont pas douloureux à moins qu'ils ne soient faits brutalement. Ces deux ordres de constatations semblent bien autoriser à admettre que le nerf phrénique dans son trajet intra-thoracique ne contient pas de fibres sensitives et que c'est seulement dans son trajet extra-thoracique que des anastomoses venues du plexus brachial et du plexus cervical lui amènent des filets sensitifs. Les points douloureux de la névralgie phrénique, les douleurs en demi-ceinture de la pleurésie diaphragmatique, correspondent probablement aux ramifications des nerfs intercostaux et aux branches perforantes antérieures de ceux-ci. C'est le tiraillement exercé sur ces ramifications intercostales au moment de la section du nerf phrénique, dans la phrénicectomie, qui provoque la douleur assez vive ressentie à ce moment par le malade.

Au point de vue de la cinématique respiratoire, la phrénicectomie réalise une véritable expérience physiologique: les faits constatés ne cadrent pas avec les notions physiologiques antérieurement admises. Après la phrénicectomie, on constate à l'examen radiologique que l'hémidiaphragme est plus ou moins élevé, sa mobilité est extrêmement minime et presque toujours inversée. Il s'élève pendant l'inspiration et s'abaisse pendant l'expiration, réalisant un mouvement de bascule avec l'hémidiaphragme sain. En même temps, les mouvements costaux s'accentuent sur toute la hauteur de l'hémi-thorax correspondant, particulièrement sur les côtes inférieures.

Chez des sujets ayant subi la phrénicectomie 2 ans ou 18 mois auparavant, on a pu constater que si l'élévation de l'hémi-diaphragme persistait, l'immobilisation ou le petit mouvement passif de bascule avait disparu, les deux hémi-diaphragmes ayant récupéré leur synergie fonctionnelle. Cette récupération de mobilité ne peut venir du nerf phrénique qui a été complètement enlevé; on est obligé d'admettre qu'il s'est fait une suppléance fonctionnelle, probablement par les nerfs intercostaux qui innervent les fibres musculaires périphériques de ce muscle, ou par le nerf phrénique du côté opposé.

La parfaite tolérance d'une double phrénicectomie va à l'encontre de l'opinion de Michel de Boulogne, considérant le diaphragme comme le muscle essentiel de l'acte respiratoire.

Les résultats thérapeutiques de la phrénicectomie sont aussi fréquemment favorables dans les lésions apicales que dans les lésions de la base; l'efficacité thérapeutique n'est pas en rapport avec le degré d'élévation du diaphragme. Pour expliquer ces résultats, il faut faire intervenir un autre facteur que la collapsothérapie et l'immobilisation: une action exercée sur la circulation du poumon. Cette compression est évidente dans la phrénicectomie, on constate assez souvent des signes de congestion pulmonaire, parfois même des hémoptysies. Il est probable que cette intervention favorise la stase veineuse dans le poumon par compression exercée sur les gros vaisseaux veineux hilaires; cette compression est évidente dans la phrénicectomie double chez le lapin. On peut admettre que le nerf phrénique contient des fibres sympathiques ou contracte des anastomoses avec le sympathique et que lorsqu'on le coupe, on détermine une disparition de la contractilité des fibres musculaires lisses du poumon et un état de paralysie des capillaires qui aboutit à la vaso-dilatation, à la stase sanguine. On met ainsi le poumon dans un état congestif analogue à celui observé dans le rétrécissement mitral où la tuberculose a une évolution particulièrement lente et torpide.

Ces constatations cliniques permettent de reviser les notions physiologiques classiques sur le nerf phrénique et le diaphragme et de servir de base à d'intéressantes recherches expérimentales.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

Péhu, J. Dechaume et **J. Boucomont.** ***Sur un cas d'épilepsie infantile avec calcification intra-cranienne; angiome calcifié des méninges probable*** (*Lyon Médical*, tome CXLIX, n° 9, 28 Février 1932). — Chez un enfant de 3 ans,

sans antécédent et sans maladie grave antérieure, apparurent des crises d'épilepsie généralisée. L'examen clinique viscéral et neurologique fut négatif. Aucune modification du liquide céphalo-rachidien; fond d'œil normal, mais la radiographie du crâne montre des calcifications multiples qui n'appartiennent certainement pas à la paroi osseuse. Ces calcifications ne sont pas symptomatiques de tumeurs méningées à type psammome, car leur multiplicité donnerait sûrement des signes de localisation. Elles ne semblent pas intra ou juxta-ventriculaires au moins pour la plus grande partie d'entre elles; elles paraissent intracérébrales. Leur dissémination permet d'éliminer la calcification d'un gliome; l'absence d'antécédent, la calcification d'une encéphalite chronique ou de tubercules. Les ombres à double trait parallèle sont probablement dues à la calcification de parois vasculaires, les images aplaties, lamelleuses à des calcifications pie-mériennes au fond de sillons ou de scissures. La seule interprétation qui semble possible est celle d'angiome calcifié des méninges.

Les angiomes calcifiés des méninges ne sont pas exceptionnels, leurs caractères cliniques sont ceux des angiomes méningés simples: début dans l'enfance, fréquence des crises épileptiques avec, plus tard, troubles mentaux et hémiplégie, rareté de la stase papillaire et signes d'hypertension intracranienne, fréquence de télangiectasies cutanées.

Le traitement de choix est la radiothérapie pénétrante associée ou non à une trépanation décompressive, l'exérèse étant impossible.

ROBERT CLÉMENT.

J. Paviot, M. Levrat et **A. Guichard**. ***Sur un cas de cirrhose hypertrophique biliaire; maladie de Hanot*** (*Lyon Médical*, tome CXLIX, n° 14, 3 Avril 1932). — La maladie de Hanot vraie est rare, mais elle existe et l'observation détaillée qu'apportent ici P., L. et G. en est un témoin. Chez cet homme de 45 ans, non syphilitique et non paludéen, le début fut marqué par des troubles dyspeptiques. L'hépatomégalie prédominait sur le lobe gauche avec légère circulation collatérale sans ascite. L'évolution se fit par poussées fébriles revêtant parfois le type pseudo-palustre, en un an et 1/2.

L'autopsie montra une hépatite scléreuse avec grosse rate cirrhotique, adénopathie du carrefour duodéno-hépato-pancréato-splénique. On notait en outre une altération de la tête et de la queue du pancréas. L'état inflammatoire accompagnant la sclérose hépatique diffuse, les lésions pancréatiques sont, pour P., L. et G., un argument en faveur de la nature infectieuse de la maladie de Hanot. Chez ce malade, il semble qu'on puisse éliminer l'étiologie paludéenne et la syphilis; par contre, l'alcoolisme était avéré.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR (Paris)

G. Sanarelli et **A. Alessandrini** (Rome). ***Etudes sur l'ultra-virus tuberculeux*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVIII, n° 2, Février 1932). — La substitution d'ultra-filtre de collodion aux bougies de porcelaine ou de terre poreuse dans l'étude de l'ultra-virus tuberculeux a permis de constater qu'à travers les parois des sacs de collodion contenant des bacilles tuberculeux et introduits dans le péritoine des cobayes, filtre un ultra-virus tuberculeux. Ce dernier tue l'animal dans un temps plus ou moins court et, à l'autopsie, on observe les lésions de tuberculose type Calmette-Valtis. Il n'existe aucun élément acido-résistant, mais par passages successifs chez le cobaye, on obtient le tableau classique de la tuberculose expérimentale avec tubercules et bacilles acido-résistants dans tous les organes.

Si l'on fait passer le même sac plusieurs fois de péritoine en péritoine, il reproduit chez tous les animaux le même processus morbide mortel par ultra-virus. Le contenu du sac bacillifère voit sa virulence exaltée, mais l'action pathogène est toujours incapable de produire des nodules tuberculeux.

Même si l'infection par l'ultra-virus est de longue durée, celui-ci reste non tuberculigène; on ne peut donc attribuer à des bacilles tuberculeux, sortis des sacs, la mort des cobayes.

L'ultra-virus tuberculeux est doué d'un lymphotropisme accentué ; c'est ce qui explique son action spécifique de préférence sur les séreuses et sur tout le système lympho-glandulaire.

Les nodules tuberculeux font leur apparition, dès le deuxième passage aux cobayes, dans la rate; au cours de passages successifs, ils deviennent plus nombreux et envahissent le foie, le poumon et tous les organes.

La culture des bacilles tuberculeux, dérivés des éléments de l'ultra-virus, est difficile, même après 4 passages successifs d'animal à animal; même sur les milieux les plus favorables, l'apparition des colonies ne se fait qu'au bout d'une très longue période d'incubation ou de latence culturale.

ROBERT CLÉMENT.

G. Levaditi, R.-F. Selbie et M[lle] **R. Schoen**. ***Le rhumatisme infectieux spontané de la souris, provoqué par le streptobacillus moniliformis*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVIII, n° 3, Mars 1932). — Il existe chez la souris blanche une maladie spontanée, caractérisée par état septicémique, des polyarthrites et des myocardites, provoquée par le streptobacillus moniliformis, agent de certaines formes d'érythème polymorphe accompagné de polyarthrites. 2 souris blanches, inoculées par voie péritonéale avec l'émulsion névraxique de la souris atteinte de la maladie spontanée, ont présenté une polyarthrite généralisée.

En partant de ces données, L., S. et S. ont entrepris une étude expérimentale. En inoculant le streptobacillus moniliformis par voies sous-cutanée, intrapéritonéale, intraveineuse, intracérébrale, intra-articulaire, on peut reproduire chez les souris, des polyarthrites des articulations des membres et de la colonne vertébrale, des nodosités sous-cutanées type érythème noueux, la myocardite à toutes les phases de son évolution, la cyanose des extrémités, des lésions d'endocardite et de péricardite. L'inoculation au lapin dans la chambre de l'œil provoque même de l'iritis.

Le streptobacillus moniliformis se développe facilement sur le bouillon additionné de sérum de cheval. Il conserve longtemps sa vitalité et sa virulence, si on l'ensemence fréquemment et si l'on pratique des passages chez la souris; les cultures conservées à la température ambiante et à 37° perdent rapidement leur vitalité et leur virulence.

La souris blanche offre une réceptivité constante; cependant certaines semblent jouir d'un état réfractaire naturel; la souris grise est moins réceptive. Le lapin ne réagit que par des lésions locales (orchite, arthrite ou ophtalmie pululente) sans que chez lui la maladie se généralise et devienne mortelle. 2 singes macacus cynomolgus présentèrent, celui inoculé par voie veineuse, un peu de fièvre; l'autre inoculé dans le genou, une arthrite fébrile. Le cobaye, le rat blanc et le jeune chat n'ont présenté qu'une arthrite localisée au point d'inoculation intra-articulaire.

Chez la souris blanche, l'inoculation des cultures sous la peau, dans les veines, dans le cerveau ou dans l'articulation provoque des polyarthrites aiguës ou chroniques, le plus souvent généralisées, dont les altérations microscopiques ne diffèrent pas de celles que l'on observe dans les arthrites infectieuses de l'homme.

Le streptobacillus moniliformis peut être présent dans l'organisme des souris 189 jours après l'inoculation; il peut s'éliminer par les urines.

Le rhumatisme infectieux polyarticulaire de la souris peut se transmettre d'animal malade à animal sain par simple cohabitation dans le même local, à l'obscurité, probablement par morsure ou par souillure avec l'urine.

Il semble exister une variation saisonnière de la virulence du streptobacillus avec fréquence maxima des arthrites en Mai et fréquence maxima des formes septicémiques en Mars. Certaines souris présentent un état réfractaire naturel; on a réussi à vacciner les souris réceptives par des injections sous-cutanées de cultures tuées par la chaleur.

ROBERT CLÉMENT.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE (Paris)

A. Brindeau, H. Hinglais et **M. Hinglais**. ***Contribution à l'étude de l'emploi de la lapine dans le diagnostic biologique de la grossesse*** (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXV, n° 3, Mars 1932). — La réaction de Zondek et Aschheim (provocation de la puberté chez la souris impubère) a une très grande valeur. Mais si, en général, elle est de lecture macroscopique facile, il y a des exceptions nécessitant le recours à l'examen microscopique. D'autre part, le choix des souris nécessite des précautions sévères. La réaction de Simonnet (hypertrophie des organes génitaux du souriceau mâle) a également un grand intérêt.

Les auteurs ont étudié, dans 140 expériences, rigoureusement suivies, la réaction de Friedmann (provocation de l'ovulation chez la lapine adulte, cet animal n'ayant pas d'ovulation spontanée). Ils ont employé des lapines de 900 à 1.500 gr., après examen préalable des ovaires. Le nombre optimum d'injections a été de quatre à vingt-quatre heures d'intervalle. La quantité d'urine par injection a été de 5 à 7 cmc. Les urines ont rarement déterminé des phénomènes toxiques.

Un délai de quarante-huit heures après la dernière injection est nécessaire pour obtenir un résultat satisfaisant.

Dans ces conditions, un résultat positif présente une valeur absolue et « un résultat négatif présente presque les mêmes garanties de certitude. Il commande néanmoins et jusqu'à plus ample informé un peu plus de prudence ».

HENRI VIGNES.

BRUXELLES MÉDICAL

Lecornu (Caen) et **Pecker** (Mondeville). ***Intoxication par le tétrachlorure de carbone*** (*Bruxelles-Médical*, tome XII, n° 17, 21 Février 1932). — Un homme âgé de 25 ans, en parfaite santé, a succombé, en dix jours, à une hépato-néphrite grave, caractérisée par de l'albuminurie, de l'anurie totale, de l'azotémie (2 gr. 88), de l'ictère, des hémorragies multiples avec purpura, des nausées avec vomissements répétés. Ce syndrome toxique, hypothermique, a été consécutif à l'inhalation massive et prolongée en espace clos de vapeurs de tétrachlorure de carbone projetées en grande quantité sur un foyer d'incendie. Le malade a séjourné deux heures environ dans un sous-sol inondé de tétrachlorure de carbone. Il n'a nullement été incommodé durant ce temps; rentré chez lui, il éprouve des maux de tête et des nausées, ce n'est que le surlendemain qu'apparaît l'ictère avec hépatomégalie et l'anurie.

Le tétrachlorure de carbone est employé en médecine dans certaines parasitoses intestinales par la voie buccale, à titre de désinfectant ou comme solvant des graisses par voie cutanée. En raison de sa toxicité, le tétrachlorure de carbone ne doit être prescrit en ingestion qu'avec précaution car il peut

provoquer des troubles cérébraux, des convulsions, des troubles hépatiques. Son usage externe ne semble pas avoir encore provoqué d'accidents.

Dans l'industrie, l'emploi du tétrachlorure de carbone s'accroît tous les jours comme solvant du caoutchouc, de l'acétate de cellulose, des graisses et surtout comme extincteur d'incendie. En raison de la grande toxicité de ce corps, même en dehors de toute transformation en phosgène, il y a lieu de ne l'employer industriellement que dans des conditions déterminées et en se conformant strictement aux prescriptions d'hygiène. Les opérations doivent s'effectuer à l'air libre et le produit être manié avec parcimonie.

Pour l'extinction des incendies, on pourrait remplacer le tétrachlorure de carbone par d'autres produits, mais pour les incendies d'origine électrique, seuls les appareils à poudre et les appareils à tétrachlorure de carbone sont efficaces. On continuera donc à l'employer, mais avec un certain nombre de précautions, un personnel éduqué à l'emploi des appareils et, en cas d'incendie dans des locaux mal aérés, les sauveteurs devront être pourvus de masques respiratoires.

Le tétrachlorure de carbone peut déterminer des intoxications à type d'ictère grave.

Robert Clément.

R. Bernard. ***L'immunisation spontanée dans la syphilis secondaire et ses corollaires thérapeutiques*** (*Bruxelles-Médical*, tome XII, n° 23, 3 Avril 1932). — B. se demande si lorsqu'on se trouve en présence d'un chancre syphilitique avec séro-réaction positive, il ne vaut pas mieux, mettant de côté les considérations sociales pour ne tenir compte que de l'intérêt du malade, attendre la généralisation secondaire plutôt que d'entreprendre d'emblée le traitement. La peau semble jouer un rôle important comme facteur d'immunité dans beaucoup d'affections microbiennes; il est probable que dans la syphilis, la réaction cutanée secondaire joue également un rôle important dans l'immunisation progressive de l'organisme. Le traitement précoce peut interrompre cette vaccination cutanée. Les réactions méningées seraient plus violentes lorsque l'étape de la généralisation secondaire a été brûlée. Il n'y a pas de doute que l'immunisation au cours de la syphilis joue un rôle aussi important que dans les autres infections et que l'effort curateur de l'organisme aboutit parfois à la guérison spontanée. Le traitement doit agir comme un adjuvant puissant et souvent indispensable de l'immunité spontanée; « il achèvera ces tréponèmes, déjà minimisés par l'immunité ». S'il ne suffit pas à guérir le malade, avec lui, les récidives seront moins fréquentes.

En examinant systématiquement les résultats obtenus par lui et vérifiés par la ponction lombaire chez 200 malades, B. trouve 59 liquides céphalo-rachidiens normaux sur 82 malades soignés par un traitement mixte (72 pour 100), 14 liquides normaux sur 82 cas traités par les arséno-benzènes seuls; 75 liquides pathologiques sur 118 malades traités par les arséno-benzènes seuls (63 pour 100), 17 liquides pathologiques sur 118 cas après traitement mixte(14 pour 100). Il y a donc une supériorité très considérable du traitement mixte. Les traitements simultanés arséno-mercuriels paraissent supérieurs aux traitements alternés.

La date du début du traitement, par rapport à celle de la septicémie, joue autant que la modalité ou l'intensité de celui-ci un rôle de premier ordre dans l'allure que prend l'évolution de la syphilis. Chez 38 malades, soignés dès l'apparition du chancre, 15 avaient encore un Wassermann positif, au cours de la quatrième année; 19 sur 26, dont le B.-W. du sang était négatif, avaient, à la même époque, un liquide céphalo-rachidien pathologique, soit dans la proportion de 76 pour 100. Au contraire, chez 42 malades, soignés après l'apparition des accidents secondaires, 4 seulement avaient un B.-W. positif dans le sang au cours de la quatrième année, et 5 sur 29 avaient un liquide céphalo-rachidien pathologique, soit 17,2 pour 100. Ces chiffres montrent une efficacité plus grande du traitement, lorsque celui-ci n'a débuté qu'après l'efflorescence cutanée de la maladie.

Robert Clément.

LE SCALPEL
(Bruxelles)

M. Molhant. ***La gastro-duodénite érosive, dite ulcéreuse, sa pathogénie et son traitement médical*** [*suite et fin*] (*Le Scalpel*, tome LXXXV, n° 8, 20 Février 1932). — M. ne pense pas qu'il y ait lieu de distinguer, au point de vue symptomatologique, complications et évolution, l'ulcère duodénal de l'ulcère gastrique. Si la cancérisation de l'ulcère du duodénum paraît extrêmement rare, la tendance actuelle est de considérer celle des ulcères de l'estomac comme peu fréquente également.

La gastro-duodénite érosive, dite ulcéreuse, envisagée non pas simplement en elle-même, mais dans ses rapports avec toute l'histoire morbide du malade, apparaît comme une production du terrain dyscrasique. Comme toutes ses manifestations, elle en présente les caractères cliniques essentiels: effet transitoire, épisodique et conditionnel. Tout autant que les écarts de régime, les facteurs psychiques, saisonniers, climatériques, infectieux et toxiques se retrouvent dans bien des cas à l'origine d'une poussée. L'expérimentation clinique confirme le caractère allergique de la poussée gastro-duodénale érosive.

Le problème thérapeutique capital consiste « à restaurer l'équilibration biologique, dynamique, perturbée de l'organisme ». Cela dans le but non de guérir la poussée gastro-duodénale dont la tendance est spontanément résolutive, mais bien d'en prévenir les rechutes. « L'hyperallergisation transcutanée par l'hypo-vaccin associé bacillaire répond à ce but. »

Le traitement immédiat consiste à neutraliser l'action nocive des facteurs gastriques sensibilisants. L'alcalinisation intensive et continue du milieu gastrique par un cachet contenant 1 gr. de bicarbonate de soude, 1 gr. 25 de carbonate de magnésie et 0 gr. 75 de carbonate de bismuth, une demi-heure après chacun des 5 repas prescrits, donne de bons résultats.

En période aiguë, il faut recourir aux aliments liquides: 5 repas de 250 gr. de lait avec 5 à 6 morceaux de sucre et une cuillerée de beurre frais. Au bout de quelques jours, on ajoute des potages aux légumes et des légumes préparés au beurre. En outre, ces malades ont besoin de calme, de repos et de réconfort.

Une trentaine de cas, graves, traités de cette façon, ont donné d'excellents résultats. 4 observations sont rapportées à titre d'exemple.

Robert Clément.

BULLETIN
DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MEDECINE
DE BELGIQUE
(Bruxelles)

Goormaghtigh. ***Les complications nerveuses médullaires du lymphogranulome et du lymphosarcome*** (*Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, tome XII, n° 2, 27 Février 1932). — A un cas personnel, G. joint le résumé succinct de 39 observations de lymphogranulomatose maligne ayant donné lieu à des complications nerveuses médullaires, et un cas personnel et le résumé de 4 observations de lymphosarcome. De cette étude, on peut tirer les considérations suivantes: la lymphogranulomatose ne reste pas uniquement systématisée à l'appareil lymphoïde; en envahissant par continuité les vertèbres ou l'espace épidural le lymphogranulome se comporte comme un tissu néoplasique, sans que cette accentuation de la malignité coïncide avec un changement de l'aspect histologique. L'os ne réagit pas à l'approche des traînées tumorales par un processus d'ostéite, les déformations sont inévitables, mais n'ont guère de répercussion sur la moelle; le disque intervertébral reste longtemps sinon toujours respecté. Souvent, les symptômes nerveux sont dus à la progression par les trous de conjugaison d'une masse lymphogranulomatose prévertébrale et à l'irritation ou la compression des troncs radiculaires. Dans d'autres cas, le tissu lymphogranulomateux envahit l'espace épidural et comprime la moelle ou envahit l'espace sous-arachnoïdien et les vaisseaux entraînant la nécrose et des images de myélite transverse. Souvent aussi, la masse lymphogranulomateuse prévertébrale envahit les vertèbres, entraînant la compression médullaire, soit par fracture de l'axis et luxation de l'atlas, soit par exostose réactionnelle dans le canal rachidien. Enfin, les accidents médullaires peuvent être dus aussi à la lymphogranulomatose viscérale directe, avec formation de lésions dégénératives toxi-ischémiques analogues à celles de l'anémie pernicieuse.

Rachialgies, névralgies, scapulaires ou intercostales, paralysies radiculaires ou paraplégie, spastique au début, flasque dans la suite, sont les symptômes les plus fréquents. La dissociation albumino-cytologique est fréquente dans les compressions médullaires. Le cortège symptomatique se déroule en général selon un rythme lent; il peut y avoir des périodes de rémission. Dans d'autres cas, les complications nerveuses surgissent brutalement et la mort peut survenir rapidement.

Les succès de la radiothérapie sont malheureusement temporaires.

Les lymphosarcomes donnent des complications médullaires par les mêmes mécanismes. En comparant les 2 séries d'observations, on se rend compte que lymphosarcome et lymphogranulomatose se comportent, lorsqu'ils atteignent la moelle, d'une façon identique, c'est-à-dire comme une tumeur maligne dans le vrai sens du mot.

Robert Clément.

REVUE MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE
(Lausanne-Genève)

G. Franck. ***Au sujet de certaines dermites professionnelles, plus particulièrement de celle des horlogers*** (*La Revue Médicale de la Suisse Romande*, tome LII, n° 2, 25 Février 1932). — F. aurait observé 150 cas de dermite professionnelle des horlogers. 8 sont rapportés ici. On peut répartir ces dermites en 3 groupes:

Celles dues aux sels d'or (or métallique ou bains d'or) sont caractérisées par leur symptomatologie assez constante (eczématisation de l'extrémité des doigts) et leur réaction positive à l'antigène dans la moitié des cas. Elles constituent le 1/10 des dermites des horlogers, sont le plus souvent favorablement influencées par la cessation du travail et peuvent bénéficier de n'importe quelle thérapeutique.

Le deuxième groupe, de beaucoup le plus important, est constitué par les dermites des ouvriers pratiquant le dorage ou des manœuvres similaires. Une multitude de produits toxiques sont utilisés: le pétrole, la soude et la potasse semblent jouer le rôle le plus important dans ces dermatoses, mais ils ne sont pas certainement les seuls. Les réactions à l'antigène or sont négatives. Les lésions consistent en eczéma suintant des doigts, des mains et des avant-bras.

Le troisième groupe est composé de dermites dont l'étiologie est imprécise: le nickel et le laiton doivent être soupçonnés d'être nocifs en raison de l'existence chez ces sujets de réaction positive au nickel et au laiton, mais il doit exister d'autres corps toxiques.

F. a encore observé des dermites professionnelles chez 5 maçons, 6 peintres en bâtiment, 11 ouvriers boulangers et pâtissiers. Chez tous ces ouvriers, la dermite revêt des caractères cliniques presque identiques. Chez les boulangers et les pâtissiers, la plupart des réactions intradermiques ont été négatives; on peut suspecter les farines et les levains sans rien affirmer. Chez les peintres en bâtiment, on connaît depuis longtemps la toxicité spéciale des céruses.

La durée des dermites professionnelles est extrêmement variable, de quelques semaines à quelques mois, elle peut dépasser une année.

Il est souvent difficile de déterminer la nature professionnelle de ces maladies de la peau; les intradermo-réactions ont une réelle valeur à ce point de vue.

La date d'apparition de la maladie est des plus variables, les récidives sont très fréquentes.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA (Bologne)

G. Dondi. ***Etude de quelques propriétés physiques des globules rouges (diamètre, volume, teneur en hémoglobine) et considérations spéciales sur l'importance de la microcytose en pathologie humaine*** (*Archivio di Patologia e Clinica Medica*, tome XI, n° 3, Décembre 1931). — A l'état normal, le diamètre des globules rouges est de 8μ avec quelques formes plus petites (7 à 7,5μ) et quelques formes plus grandes (8,5 à 9μ); leur volume est environ $90\mu^3$; leur charge en hémoglobine de 30 microgrammes. En dehors de l'aspect morphologique des globules rouges, on doit étudier leur indice volumétrique (rapport du volume des hématies considérées et du volume normal) et l'indice de saturation (rapport de la valeur globulaire et de l'indice volumétrique).

Dans la plupart des anémies, aux variations du nombre des hématies et de l'hémoglobine correspondent des variations des valeurs relatives par suite des modifications du volume, du diamètre, de la forme et de la teneur en pigment des globules rouges; on peut distinguer deux type d'anémie :

1° Les *anémies hyperchromiques avec macrocytose;* la valeur globulaire, l'indice volumétrique et le diamètre moyen dépassent proportionnellement la normale et l'indice de saturation est égal à un, ce qui implique l'existence d'hématies de diamètre et de volume supérieurs à la normale; l'hyperchromie n'est que relative, dépendant de l'augmentation de la surface et non d'une surcharge hémoglobinique. Dans ce groupe se rangent l'anémie pernicieuse et des états voisins (anémies des cirrhoses, de l'urémie ,de la syphilis et des myéloses).

2° Les *anémies hypochromiques avec microcytose*, avec des variétés cliniques, étiologiques et évolutives très nombreuses, où la valeur globulaire, l'indice volumétrique et le diamètre moyen sont inférieurs à la normale. Elles comprennent des anémies réellement hypochromiques, où l'indice de saturation est inférieur à un et des anémies relativement hypochromiques, où l'indice de saturation est voisin de l'unité, la baisse de la valeur globulaire relevant alors de la petitesse des globules. A un autre point de vue, on peut opposer : *a*) des anémies avec microcytose vraie, où le diamètre moyen et l'index volumétrique sont proportionnellement diminués, les rapports du diamètre, du volume et de la superficie n'étant pas modifiés; *b*) des anémies avec fausse microcytose, où le diamètre étant plus diminué que le volume, les hématies ont la forme d'une boule (cas de l'ictère hémolytique constitutionnel). La microcytose vraie s'observe dans des syndromes hémolytiques splénomégaliques et ictériques peu connus, qui se rapprochent de l'ictère hémolytique, mais en diffèrent par les caractères de la microcytose et par l'augmentation de la résistance globulaire.

L. ROUQUÈS.

F. Conti. ***Troubles de la régulation de l'équilibre électrolytique du sang dans les maladies du foie*** (*Archivio di Patologia e Clinica Medica*, tome XI, n° 3, Décembre 1931). — A l'introduction brusque d'un électrolyte par voie parentérale, l'organisme répond en l'excluant rapidement de la circulation et, parfois aussi, en mobilisant des électrolytes doués d'une action antagoniste; l'expérimentation a démontré que le foie jouait un rôle important dans le maintien de l'équilibre électrolytique.

Chez les hépatiques, l'étude de l'équilibre électrolytique à l'état statique, c'est-à-dire le dosage des éléments les plus importants (Cl, P, Na, K, Ca), n'est pas suffisante pour mettre en évidence les troubles du mécanisme régulateur; par contre, en injectant par voie veineuse divers électrolytes (NaCl, $CaCl^2$, $MgCl^2$, KCl) et en faisant des dosages en série, on observe que l'équilibre se rétablit plus lentement qu'à l'état normal; cette anomalie porte toujours sur tous les électrolytes étudiés. Le retard de la fixation des électrolytes est très fréquent dans les lésions hépatiques, quelle que soit leur nature.

Chez l'animal, l'injection d'un électrolyte modifie non seulement le taux de cet électrolyte dans le sang mais aussi celui des autres; chez l'homme sain, où les doses injectables sans inconvénient sont moins élevées, les variations simultanées des autres électrolytes sont plus faibles que chez l'animal, mais de même sens; chez les hépatiques, ces variations se font souvent d'une manière anormale, mais les anomalies sont trop peu importantes pour être retenues en pratique.

L. ROUQUÈS.

LISBOA MEDICA

R. Jorge. ***Une épidémie de spirochétose ictéro-hémorragique à Lisbonne*** (*Lisboa Medica*, tome IX, Janvier 1932). — Lisbonne a été la proie en Août-Septembre 1931 d'une grave épidémie de spirochétose ictéro-hémorragique. Celle-ci a éclaté soudainement et a disparu de même, après quelques semaines. Elle est demeurée circonscrite à un seul quartier, tributaire des eaux d'une fontaine infestée.

Cliniquement peu variable, la maladie s'est traduite : par une *invasion brutale* (hyperthermie ; frissons; algies articulaires, musculaires, osseuses, épigastriques); une *rémission* après quatre jours; puis un *ictère* avec albuminurie et hémorragies multiples; accessoirement de l'herpès, des réactions méningées, de l'iritis, et, complication nouvelle, des parotidites.

Leucocytose, spirochètes dans les urines à la période de l'ictère. Le séro-diagnostic de Pettit a rendu de grands services. Anatomiquement, dégénérescence graisseuse et nécrose des cellules hépatiques, dégénérescence de l'épithélium canaliculaire rénal, et présence de spirochète dans ces parenchymes.

Mais c'est l'étude épidémiologique de J. qui apporte les résultats les plus intéressants. Prédominance masculine. Evolution complète de l'épidémie en vingt-cinq jours. Mortalité 25 pour 100. Topographie : cas étroitement groupés autour de la fontaine des « Anjos ».

L'on explore ses aqueducs afférents et l'on trouve des déjections de rats, témoignant de l'irruption de ces rongeurs par une fissure. Les rats ont infecté l'eau par leur urine, mais le spirochète n'y a subsisté que grâce à la réaction alcaline anormale de celle-ci : pн compris entre 7,3 et 8.

Il ressort de cette étude que l'eau polluée est le vecteur du germe. Celui-ci pénètre dans l'organisme par voie buccale, fait à présent bien établi, exceptionnellement par voie cutanée : les individus dont les mains ont séjourné dans l'eau sale (égoutiers, terrassiers, plongeurs) sont surtout contaminés s'ils portent leurs mains non lavées à la bouche.

G. D'HEUCQUEVILLE.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague, Vienne)

E. Hesse, H. Müller et R. Nagel. ***Expériences pour l'essai biologique et pharmacodynamique des expectorants*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 5, 29 Janvier 1932). — Il est difficile de soumettre à l'expérimentation, chez l'animal, l'activité des expectorants qu'il est d'usage d'employer en thérapeutique. Après avoir rappelé diverses méthodes essayées, avec un succès médiocre ou sans aucun résultat, par d'autres auteurs, H., M. et N. relatent leurs expériences personnelles, pour lesquelles ils ont utilisé environ 100 lapins, 70 chiens et quelques chats, rats, cobayes et souris.

Ils ont d'abord essayé le procédé de Henderson et Taylor, qui consiste à recueillir, par canule trachéale, les sécrétions bronchiques de lapins ou de chats qui ont reçu, par sonde gastrique, divers expectorants. Même en laissant les animaux suspendus pendant une heure la tête en bas, on ne pouvait recueillir aucune sécrétion par cette technique; il en était de même lorsqu'on avait provoqué, au préalable, une broncho-pneumonie par administration intratrachéale d'huile de moutarde.

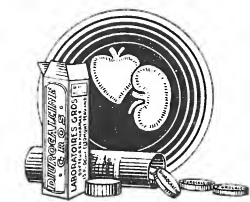
La technique de Gordonoff a ensuite été essayée. Des lapins recevaient, par voie intratrachéale, 0 cmc 5 d'iodipine à 40 pour 100; ou mieux, d'après l'expérience des auteurs, 0 cmc 5 d'une bouillie barytée. Là encore, les résultats ont été négatifs, avec ou sans broncho-pneumonie expérimentale.

Des résultats plus intéressants ont pu être obtenus lorsque H., M. et N. ont choisi le chien comme animal d'expérience.

Les chiens, à jeun depuis la veille, sont endormis à l'éther; une sonde trachéale en gomme est introduite par trachéotomie jusque dans l'arbre bronchique, et on injecte par cette sonde 0 cmc 25 par kilogramme d'une bouillie composée de 35 gr. de sulfate de baryum et de 50 cmc d'eau soigneusement mélangés. On suture, et on observe les chiens dans une cage de verre. Les animaux se réveillent après une demi-heure et semblent n'éprouver aucun malaise. La bouillie barytée, à l'état normal, s'élimine spontanément, sans doute par déglutition des petites parcelles rejetées: après vingt-quatre heures, on n'en retrouve plus dans les bronches que 2/3 à 1/2; après 72 heures, il n'en reste plus que 1/10; cependant, il ne se produit aucune expectoration. Au contraire, les animaux, qui ont reçu un expectorant, par la sonde gastrique, 6 heures, puis 9 heures après l'injection intratrachéale, commencent, de la 8e à la 10e heure, à expectorer la bouillie blanche, dont on retrouve des taches disséminées dans leur cage. La présence de cette expectoration permet de vérifier expérimentalement l'activité d'un expectorant.

Après 24 heures, on peut sacrifier le chien, calciner les poumons et isoler le sulfate de baryum résiduel. Par pesée, on peut apprécier, par comparaison avec les témoins, l'importance de l'expectoration.

Chez d'autres animaux, la même expérience a été faite en ajoutant III gouttes d'huile de coton aux 35 gr. de sulfate de baryum et aux 50 cmc d'eau.


DIUROCALCINE GROS
LABORATOIRES GROS

Ces chiens étaient atteints de broncho-pneumonie; 6 sur 15 moururent dans les 48 premières heures; 9 survécurent. L'élimination spontanée du baryum ne se faisait pas chez ces animaux. L'expectoration pouvait se produire, au contraire, après administration d'expectorants.

Les médications expectorantes, qui ont justifié de leur activité dans ces conditions, sont surtout les préparations à base de saponine. Le chlorure d'ammonium est inefficace. J. Mouzon.

M. Cohn. ***Combien de scarifications faut-il faire pour la vaccination jennérienne?*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 5, 29 Janvier 1932). — Le nombre des scarifications qu'il est d'usage de pratiquer pour la vaccination jennérienne est variable selon les pays. En Angleterre et dans le Pays de Galles, on se contente d'une scarification de 6 mm. au plus, et on la renouvelle de 5 à 7 ans, et en outre au moment de la fin des études. En Suisse, on recommande 1 ou 2 scarifications, en Autriche 3, dans le Tyrol 2 au moins et 4 au plus, au Danemark 3. En Allemagne, l'usage est actuellement de pratiquer 4 vaccinations, mais on peut se demander si ce nombre d'inoculations ne pourrait pas être diminué, de manière à réduire au minimum les inconvénients et les risques de la vaccination, surtout chez le nouveau-né. Jenner se contente d'une seule scarification. Par la suite, on est arrivé à en pratiquer 8, 10 et même davantage, ce qui se justifiait par l'atténuation des pulpes vaccinales que l'on utilisait.

Actuellement, étant donné l'activité des vaccins dont on dispose, C. pense que l'on peut réduire à 3, ou même à 2 le nombre des vaccinations nécessaires, et qu'il n'est pas utile de leur donner plus de 2 mm. de longueur. Mais les scarifications doivent être pratiquées soigneusement, et les revaccinations doivent être fréquentes.

J. Mouzon.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Vienne et Munich)

A. Schittenhelm et **B. Eisler.** ***Traitement par la thyroxine et le prolan dans l'obésité survenant chez des femmes précocement aménorrhéiques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 11, 12 Mars 1932). — Quelques auteurs sont arrivés à la conclusion que le prolan abaisse le métabolisme de base. S. et E. ont repris cette question d'abord chez des animaux et sont arrivés à constater que la thyroxine seule ou associée au prolan augmente la sensibilité des rats blancs pour le manque d'oxygène. En ajoutant du menformon à ces deux médicaments on ne modifie pas les résultats. Cet effet se produit alors même que les ovaires sont supprimés.

S. et E. ont en conséquence administré de la thyroxine et du prolan à des femmes présentant un trouble génital en même temps que de l'obésité. Ils donnent deux observations de femmes ainsi traitées. Chez la première âgée de 40 ans, il y a aménorrhée complète depuis un accouchement survenu en 1920; elle pèse 180 kilogr. et ses deux parents pèsent chacun plus de 100 kilogr. On lui donne, pendant quatre jours, 3 fois 3 milligr. de thyroxine *per os* puis, pendant trois jours, du prolan seul, à la dose de 300 unités. La malade perd en deux mois 19 kilogr. et en six mois 40 kilogr.; les règles sont revenues au bout de six semaines de traitement.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de 39 ans, aménorrhéique et obèse chez laquelle le menformon ne donne aucun résultat tandis que la thyroxine et le prolan, administrés comme dans l'autre cas, donnent des résultats satisfaisants spécialement sur des douleurs articulaires dont la malade souffrait et qui avaient été traitées sans résultat. P.-E. Morhardt.

Hans Knauer. ***La méningite aseptique aiguë appartient-elle aux affections encéphalitiques?*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 11, 12 Mars 1932). — K. donne l'observation d'un enfant d'un an chez lequel il apparaît assez insidieusement des phénomènes de méningite avec liquide céphalo-rachidien clair et pression intracranienne modérément élevée. La réaction à la tuberculine est négative. L'inoculation du liquide céphalo-rachidien dans la cornée de lapin donne 3 fois un résultat négatif. La guérison survient rapidement.

Dans un second cas, il s'agit d'un enfant de 10 ans qui paraît atteint de méningite tuberculeuse, mais dont le liquide céphalorachidien est tout à fait clair. Dans ce cas également, l'inoculation de la cornée de lapin donne un résultat nettement négatif. Ainsi, d'après K., le virus encéphalitique n'entre pas en considération dans l'étiologie de la méningite aseptique aiguë.

K. remarque à ce sujet que, sur les cas de ce genre, publiés par Brock, il en est deux qui sont morts, ce qui parle contre la méningite aseptique, car le pronostic de cette maladie est favorable.

D'un autre côté, K., au cours de 160 inoculations sur la cornée de lapins, est arrivé à la conclusion que seul le virus de l' « encéphalite » provoque des altérations caractéristiques. Mais il est parfois bien difficile de distinguer une encéphalite épidémique d'une tumeur cérébrale, comme K. a pu l'observer récemment au sujet d'un gliome du cervelet. Dans ces conditions, l'épreuve de la cornée est une méthode qui permet d'exclure ou au contraire d'affirmer le diagnostic d'encéphalite.

Au point de vue de l'utilisation de sérum de convalescents, K. remarque qu'on peut utiliser le sang de personnes bien portantes de l'entourage du malade, car il y a lieu de penser que ces personnes sont immunisées contre le virus de l'encéphalite. Il se passe pour cette maladie ce qui s'observe pour la rougeole: dans un service de rougeoleux, le sang des médecins est des infirmières a un pouvoir particulièrement marqué contre la rougeole. Ces constatations ont une importance pratique considérable parce que le sang de convalescents est souvent assez difficile à trouver.

P.-E. Morhardt.

August Meyer. ***Pellagre sporadique dans l'Europe centrale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 11, 12 Mars 1932). — Ce travail qui provient de la clinique universitaire de Bâle est précédé d'une courte introduction de Staehelin qui fait remarquer que M. a découvert 3 cas de pellagre dans sa clinique.

Dans le premier de ces cas, dont M. donne une longue observation, il s'agit d'une femme de 36 ans qui présente des douleurs abdominales et une diarrhée incoercible. Dans son histoire, on relève un grand nombre d'opérations faites pour trouver la raison de symptômes difficiles à expliquer (appendicite, tumeurs de l'ovaire, etc.). Parmi les signes qu'elle présente, on relève du vertige et une tentative de suicide. Il s'agit d'une femme asthénique qui présente sur le dos des mains une hyperkératose avec sillons profonds et desquamation; les doigts présentent un certain degré d'hippocratisme. Les phalanges et les métacarpiens présentent de petites exostoses. Les altérations de la peau ont débuté cinq semaines auparavant par une rougeur diffuse.

Un examen gastrique montre qu'il persiste dans l'estomac un reste important au bout de 6 heures. Une intervention permet d'améliorer le fonctionnement gastrique et d'élargir le régime de la malade qui guérit rapidement.

Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 41 ans, alcoolique, qui ne mange pour ainsi dire plus depuis 6 mois. Elle présente un état mental et des lésions cutanées caractéristiques.

Dans un 3e cas, il s'agit d'une femme également alcoolique.

Comme cause de la pellagre on a, actuellement, abandonné la théorie du maïs pour adopter celle de Goldberger et de l'absence du facteur PP. M. considère que les lésions cutanées sont, dans ces cas, des phénomènes de trophoneurose, ce qui est confirmé par l'existence d'exostoses et de l'hippocratisme. Au sujet de ce dernier symptôme, M. remarque que dans des observations de Babès et Sion, de même que dans celles de Rachmilewitz, on consdtate cet élargissement des phalanges, bien que les auteurs n'en fassent pas mention.

Le diagnostic est fondé dans ces cas sur des altérations de la peau. Mais, d'autre part, des troubles qui en imposent (neurasthénie, vertiges, paresthénie, crampes musculaires, faiblesse générale, troubles du tube digestif) doivent faire penser à la possibilité de la pellagre. M. a été même jusqu'à se demander si les polynévrites alcooliques ne peuvent pas être considérées comme une avitaminose B. En tout cas, l'excès d'alcool favorise la pellagre en réduisant l'alimentation.

P.-E. Morhardt.

Carl Kaufmann. ***Modifications gastationnelles de la fonction hépatique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 12, 19 Mars 1932). — K. remarque que les épreuves à l'aide desquelles on étudie les fonctions du foie ne donnent que des résultats partiels et ne permettent pas d'apprécier le fonctionnement général de cet organe. Néanmoins, il a procédé à des recherches de ce genre sur 26 gestantes dont 6 se trouvaient dans les premiers mois et 20 dans les derniers mois de la grossesse.

Les épreuves choisies par lui ont été d'abord la courbe de la glycémie qui ne doit pas augmenter de plus de 30 milligr. après administration de 100 gr. de lévulose, l'augmentation de la bilirubine du sang qui ne doit pas dépasser 15 pour 100 après administration intraveineuse de 30 milligr. de bilirubine et enfin l'hyperglycémie initiale survenant après injection intraveineuse d'insuline qui ne doit pas être inférieure à 10 pour 100.

Chez les 6 gestantes qui se trouvaient aux premiers mois de la grossesse, il a été constaté toutes les fois que l'une ou l'autre des épreuves donnait des résultats anormaux, en particulier la troisième épreuve a été insuffisante chez les 6 femmes.

Chez les autres, on a constaté, sur 18 examens, qu'il y avait 8 fois anomalie. En ce qui concerne la bilirubine, il y a eu 7 fois anomalie sur 16 examens. Les effets de l'insuline ont été 4 fois insuffisants sur 12.

Au total, l'examen des fonctions partielles du foie au cours de la gestation normale donne 44 fois sur 100 une insuffisance d'assimilation des hydrates de carbone, 47 fois sur 100 un trouble de l'élimination de la bilirubine et 33 fois sur 100 une diminution du glycogène hépatique.

K. se demande si ces chiffres sont signe d'un certain degré de « faiblesse » ou d'insuffisance hépatique. Il considère que les modifications du métabolisme qui surviennent au cours de la gestation imposent au foie un travail supplémentaire à l'égard duquel celui-ci ne possède pas les forces de réserve suffisantes. Néanmoins, cette réaction ne peut pas être considérée comme pathologique.

Cependant, dans deux cas, il a été possible de suivre des femmes pendant 6 mois après l'accouchement. Il a été constaté ainsi que les modifications du métabolisme provoquées par la gestation ayant complètement disparu, il persiste cependant les symptômes observés pendant la grossesse. Il semblerait donc que celle-ci crée une hépatopathie latente. Cette conclusion est nécessaire si on ne veut pas remettre en question la valeur des épreuves du foie.

P.-E. Morhardt.

F. Stroebe. ***Hépatopathie latente après toxicose de la gestation*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 12, 19 Mars 1932). — S. a étudié les fonctions hépatiques chez une série de femmes ayant présenté, avant l'accouchement, des phénomènes de toxémie gravidique. Il a utilisé, pour cela, les mêmes épreuves que Carl Kaufmann dans l'analyse précédente. Ces trois recherches ont pu être pratiquées au complet dans 14 cas. Elles ont donné des résultats normaux seulement dans deux cas. Dans 5 cas, il a été trouvé deux fonctions partielles insuffisantes et dans 7 cas une seule fonction partielle également insuffisante. Dans les 6 cas où deux épreuves seulement ont été employées, on a trouvé 4 femmes donnant au moins un résultat anormal. Les 4 femmes chez lesquelles une seule épreuve a été pratiquée ont donné des résultats normaux.

Au total, il y a eu 58 recherches pratiquées qui ont donné 33 résultats positifs et 25 résultats pathologiques.

Au point de vue des autres symptômes présentés par ces femmes, S. remarque qu'il s'agit de femmes capables de travailler et ne présentant que des troubles peu marqués parmi lesquels il signale un état de faiblesse générale, des signes de dyspepsie, parfois un état nauséeux le matin avec sensation de plénitude de l'estomac aussitôt après le repas, goût mauvais dans la bouche, constipation, céphalée, vertige. Par contre, il n'a été constaté que dans quelques cas des signes d'une altération du rein.

Dans la plupart des cas, il s'agirait d'altérations hépatiques réversibles bien qu'après l'éclampsie on ait constaté des lésions de cirrhose ou d'hyperplasie nodulaire. En tout cas, on doit éviter le plus possible à ces malades l'action des toxines hépatotropes. Il est même possible que dans certains cas, la constatation d'une insuffisance fonctionnelle fournisse une indication d'interruption de la grossesse quand il y a eu toxémie gravidique antérieurement.

Au point de vue du traitement, S. recommande un régime riche en hydrates de carbone, pauvre en protéines animales et un traitement d'engraissement à base d'insuline.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV FUR GYNÆKOLOGIE
(Berlin)

M. J. Litwak. ***Grippe et gestation*** (*Archiv für Gynäkologie*, 18 Février 1932, tome CXLVIII, fasc. 2). — On ne saurait trop insister sur la gravité que prend la grippe, si elle survient pendant la gestation et pendant les suites de couches. Dans ces périodes, la grippe peut déterminer, non seulement ses complications pulmonaires habituelles, mais encore de véritables infections généralisées. Le tableau clinique est d'autant plus grave que la maladie survient plus près du terme de la gestation; si le début a lieu pendant les suites de couches, le pronostic serait plus favorable. Litwak a observé 61 cas de grippe chez des femmes enceintes ou chez des accouchées. Dans les deux premiers trimestres de la gestation, le pronostic est moins sombre, puisque, sur 14 malades, il y a eu 6 grippes non compliquées, 6 bronchites, 2 broncho-pneumonies ou pleurésies et aucun décès dans toute la série. C'est pendant les trois derniers mois de la gestation que l'infection grippale devient réellement redoutable: sur 20 malades, on relève 4 cas sans complication, 7 bronchites, 9 broncho-pneumonies ou pleurésies et 2 morts. Dans les suites de couches, sur 25 cas, il y a eu 14 cas non compliqués, 7 bronchites, 4 broncho-pneumonies ou pleurésies, 0 décès. Dans les deux premiers trimestres de la grossesse, la grippe entraîne presque fatalement l'avortement (13 fausses couches sur 14 cas). Dans le dernier trimestre, l'interruption de la grossesse sous forme d'accouchement prématuré est fréquente (19 cas sur 47). Quant aux enfants, la mortalité néonatale est d'environ 20 pour 100, et la contamination *in utero* joue un rôle important dans ce pourcentage.

Henri Vignes.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL
(Baltimore)

A. Rice Rich et **M. Reed Lewis.** ***La nature de l'allergie dans la tuberculose, d'après l'étude des cultures de tissus*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome L, n° 2, Février 1932). — Les cellules isolées de l'organisme, bien lavées et cultivées dans du plasma, gardent leur hypersensibilité à la tuberculine. R. et L. ont pu mettre en évidence ce fait en inoculant à des cobayes du bacille de Koch avirulent et en cultivant les cellules du sang ou un fragment de rate de ces animaux, lorsque, après plusieurs semaines, une injection intra-dermique de 5 milligr. de tuberculine donnait une réaction nécrotique. Avant d'être cultivés, cellules ou fragment d'organes étaient très soigneusement lavés par de multiples passages dans une solution de Locke pour éviter d'entraîner du plasma. Aux cellules ainsi lavées, provenant d'un animal ainsi allergisé et d'animaux normaux servant de témoins, on ajoutait une quantité définie et identique de tuberculine et on les cultivait. Avec des doses convenables de tuberculine, il fut facile de montrer que les cellules normales restaient intactes alors que les cellules provenant d'un animal en état d'allergie étaient détruites.

Ces expériences montrent clairement qu'un mécanisme circulatoire, nerveux ou autre, dépendant de l'organisme, n'est pas nécessaire pour produire les altérations allergiques.

L'atteinte ou la nécrose cellulaire associées à l'allergie dans la tuberculose résultent d'une modification dans les cellules tissulaires ou sanguines, qui les rend hypersensibles aux protéines du bacille tuberculeux. Cette modification consiste probablement dans la fixation intime des anticorps sur les cellules. Il n'est pas nécessaire qu'il existe des anticorps libres, circulant, pour la production immédiate des effets locaux de l'allergie dans la tuberculose.

Robert Clément.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
(Chicago)

Cummer. ***Le lupus érythémateux dans l'enfance*** (*Achives of dermatology*, tome XXIV, n° 6, Décembre 1931). — L'existence du lupus érythémateux chez l'enfant avait été niée par certains auteurs; en tout cas, il était considéré comme très rare. A propos de 2 cas personnels, C. recherche les lupus érythémateux de l'enfance au-dessous de 16 ans, publiés dans la littérature, et il put réunir 176 observations dont il donne un court résumé.

Ces cas furent observés aussi bien chez les blancs que chez les noirs; dans 20.09 pour 100, il s'agissait de garçons et dans 70.91 pour 100 de filles. C'est surtout à partir de 10 ans que le lupus se montre avec le plus de fréquence; cependant, on l'a vu apparaître dès la première année de la vie, à l'âge de 3, de 7 et de 11 mois. Sa durée peut se prolonger pendant 30 à 40 ans.

Le siège des lésions le plus fréquent était les oreilles, le cuir chevelu, les doigts et les mains, plus rarement les pieds, la bouche, les lèvres.

Comme causes prédisposantes, on trouve signalés des irritations locales, un érysipèle, des engelures ou le froid, ou au contraire l'exposition prolongée aux rayons solaires. On a noté la coexistence du lupus érythémateux avec d'autres tuberculides ou tuberculoses de la peau, des ganglions ou du poumon.

Les sels d'or donnent des résultats thérapeutiques favorables, comme chez l'adulte.

15 cas de lupus érythémateux infantile se terminèrent par la mort: 5 cas étaient des lupus érythémateux fixes ou discoïdes; les autres, des lupus aigus ou disséminés. Dans 7 cas autopsiés, on trouva 3 fois des lésions tuberculeuses; dans 4 cas, elles étaient absentes.

R. Burnier.

ARCHIVES OF SURGERY
(Philadelphie)

Sydney Berwel et **W. D. Strayhorn** (Nashville). ***Péricardite chronique*** (*Archives of Surgery*, tome XXIV, n° 1, Janvier 1932). — B. et S., à propos de deux cas récemment observés, attirent l'attention sur une variété particulière de péricardite chronique entraînant l'apparition de troubles cardiaques importants. Il s'agit d'un épaississement considérable du péricarde, véritable pachy-péricardite. L'épaississement porte avant tout sur le péricarde pariétal qui est épaissi et devient fibreux et inextensible; le péricarde viscéral est le siège d'un épaississement moins considérable. Dans un cas où l'autopsie a permis l'examen complet, on a noté une dégénérescence scléreuse du myocarde pénétré par des travées fibreuses issues du péricarde viscéral épaissi. A l'inverse de ce qu'on peut penser, la cavité péricardique est le siège d'adhérences très limitées, quelques vagues adhérences filamenteuses, lâches et faciles à rompre; en dehors, il existe de même peu d'adhérences, la libération du péricarde étant facile d'avec les organes voisins. L'auteur donne à cette affection le nom de « Concretio cordis », d'après un article publié en 1923 par Volhard et Schmiden qui réunissaient quelques cas analogues.

Chez les deux malades, qui ont fait l'objet de l'observation, B. et S., ont étudié les modifications du fonctionnement cardiaque à l'aide principalement de l'étude des différentes pressions vasculaires et ils ont abouti à cette conclusion logique que chaque battement cardiaque avait un rendement très limité à cause de la gangue inextensible formée par le péricarde. Le cœur ne pouvait plus présenter de relâchement diastolique et ce trouble est à l'origine des accidents graves et de l'asystolie qu'ils ont observés dans les deux cas.

Le premier exemple est plus particulièrement intéressant parce qu'il y a eu confirmation opératoire et autopsie de la lésion.

Il s'agit d'un homme de 36 ans qui arriva à l'hôpital, présentant depuis 6 mois des signes de cardiopathie chronique. L'affection avait débuté 6 mois auparavant par des nausées, des douleurs épigastriques et précordiales et de l'œdème des membres inférieurs. Progressivement étaient apparus des symptômes d'asystolie, œdème pulmonaire, hydrothorax bilatéral, ascite, etc... L'examen cardiaque ne montrait pas beaucoup de modifications importantes, sauf l'existence d'un pouls paradoxal. L'examen radioscopique montrait un élargissement de l'ombre droite du cœur et l'immobilité des contours cardiaques. Le diagnostic porté fut celui de péricardite chronique à forme hypertrophique et l'opération sur laquelle du reste les auteurs ne donnent pas de détails, se réservant d'y revenir, montra la présence d'un péricarde pariétal extrêmement épaissi avec très peu d'adhérences intra-péricardiques. L'opération fut suivie de mort au bout de douze heures et l'autopsie permit de constater une dégénérescence scléreuse du myocarde due à une péricardite chronique d'origine nettement tuberculeuse.

Le second cas moins démonstratif montre les mêmes symptômes; on y a observé une amélioration suivie pendant douze mois après l'opération.

F. d'Allaines.

THE AMERICAN JOURNAL of OBSTETRICS and GYNECOLOGY (Saint-Louis)

A. J. Skell et **F. F. Jordan**. ***Etude sur la césarienne, d'après 1047 cas*** (*The American Journal of Obstetrics, and Gynecology*, tome XXIII, n° 2, Février 1932). — S. et J. ont pu dépouiller les registres de toutes les cliniques obstétricales de Cleveland (Ohio) pendant cinq ans en ce qui concerne les césariennes. Dans la circonscription de ces 18 cliniques, il y a eu 92.117 accouchements, dont 45.650 dans lesdites cliniques : sur le nombre, on relève 1047 césariennes (soit 1 pour 44 accouchements en clinique). La mortalité après césarienne a été de 75, soit 7,15 pour 100. Le risque n'est donc pas négligeable, même dans un milieu opératoire satisfaisant.

Dans les grandes cliniques (plus de 3.000 accouchements par an), la mortalité a été de 4,8 pour 100 et dans les petites de 11,4 pour 100.

Si l'on élimine les cas où la césarienne a été indiquée pour raisons intrinsèquement graves (cardiopathie, néphrite, infection) et que l'on retienne seulement les cas simples tels qu'un rétrécissement pelvien, on obtient le taux de la mortalité basique, purement opératoire : le chiffre en est de 2 pour 100 pour la césarienne classique et de 1 pour 100 pour la césariene basse.

Les Porro ont donné une mortalité de 13,6 pour 100.

Il y a eu 6 césariennes *post mortem* : 5 après éclampsie (5 enfants morts) et 1 après mort par narcose (1 enfant vivant). Les césariennes itératives ont donné une mortalité de 4 pour 100.

Les césariennes pour hémorragie par insertion du placenta sur le segment inférieur ont eu une mortalité de 5 pour 100. Hémorragie par décollement du placenta normalement inséré : mortalité, 3,3 pour 100.

45 césariennes pour éclampsies ont donné une mortalité de 9 cas (soit 20 pour 100); 66 césariennes pour éclampsisme ont donné 3 morts (soit 4,5 pour 100).

Les décès (pour 81 des cas) se répartissent ainsi : infection et péritonite 32, embolie 12, éclampsie et éclampsisme 12, hémorragie 7, pneumonie 5, cardiopathies 4, shock 4, obstruction intestinale 2, hernie étranglée 1, dilatation gastrique aiguë 1, pas de diagnostic acceptable 1.

Henri Vignes.

Edward A. Schumann. ***La césarienne; méthode prophylactique de choix contre la morbidité et la mortalité obstétricale*** (*The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XXIII, n° 2, Février 1932). — S. considère que la césarienne pratiquée de parti pris est le traitement de choix : 1° dans les bassins limités chez les primipares, surtout si l'enfant est gros et s'il s'agit d'une femme nerveuse avec une médiocre constitution (il faut lire la critique que fait S. de l'épreuve du travail); 2° chez les primipares âgées qui ont bien des risques de ne pas avoir d'autre gestation; 3° dans bien des cas de placenta prævia (association avec un léger rétrécissement pelvien, col non effacé, gros enfant, placenta central); 4° dans certaines formes d'éclampsie chez la primipare (travail au début, col long et pas d'amélioration au bout de douze heures); 5° dans diverses maladies générales graves (cardiopathies, goitre exophtalmique, tuberculose).

L'intervention pratiquée est la césarienne classique (non que l'auteur ne reconnaisse pas le grand mérite de la césarienne basse dans d'autres circonstances, mais ici il s'agit d'une césarienne décidée systématiquement).

S. emploie, sous anesthésie locale, un procédé un peu particulier : 1° après incision de la paroi, il fixe l'utérus, par deux points, l'un en haut et l'autre en bas, aux angles de l'incision pariétale; 2° il dissèque un volet de péritoine utérin qui sera destiné à enfouir la suture musculaire; 3° après petite incision du muscle, il ponctionne l'amnios avec un trocart et aspire le liquide amniotique dans un récipient; 4° il agrandit l'incision musculaire, extrait l'enfant; 5° deux plans de suture musculaire et la suture péritonéale; 6° libération des deux points utéro-pariétaux.

L'opération est peu shockante et, dès le soir, les malades prennent un repos; le lendemain, on les soigne comme les autres accouchées.

Henri Vignes.

BRASIL MEDICO (Rio de Janeiro)

E. Rabello. ***La tuberculose cutanée; sa fréquence dans certaines régions de l'Amérique du Sud*** (*Brasil Medico*, tome XLVI, n° 1, 2 Janvier 1932). — Etude exclusivement géographique de la tuberculose cutanée, se proposant de dégager sa répartition selon les différents climats.

R. discute d'abord les confusions possibles de la tuberculose cutanée avec certaines formes de la lèpre, des leishmanioses, la blastomycose.

La statistique distingue les formes suivantes : lupus vulgaire, scrofulodermie, tuberculose verruqueuse, lichen scrofuleux, ulcérations tuberculeuses, lupus érythémateux, érythème induré de Bazin, tuberculide papulo-nécrotique, granulome, sarcoïdes de Boeck et Darier-Roussy.

Les noirs et les mulâtres sont remarquablement épargnés par les tuberculoses cutanées, alors qu'ils sont au contraire plus lourdement frappés par la tuberculose pulmonaire.

Certaines provinces doivent à leur climat d'être très peu atteintes: le climat traduit pour R. le flux de radiations actives solaires, s'opposant à l'éclosion des tuberculoses cutanées.

G. d'Heucqueville.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

C. Sippe et **J. Bostock** (Brisbane). ***Quelques observations sur le traitement et l'intoxication par les bromures*** (*The Medical Journal of Australia*, 19e année, tome I, n° 3, 16 Janvier 1932). — Pour prévenir l'intoxication bromurée et en estimer l'intensité, S. et B. se sont adressés au dosage des bromures dans le sérum sanguin par la méthode de Walter, modifiée par Hauptman, et au dosage des bromures dans l'urine.

La connaissance du taux du brome sanguin est un guide précieux pour la médication bromurée. Les bromures sont rapidement absorbés et éliminés lentement; la prise de chlorure de sodium aide cette élimination.

La tolérance au bromure varie suivant les individus et il est difficile de fixer le taux des bromures sériques optimum au point de vue thérapeutique et celui qui indique l'imminence de l'intoxication. Dans plusieurs cas, les taux supérieurs à 200 milligr. de NaBr par 100 cmc de sérum ont donné lieu à des symptômes toxiques.

Les symptômes de l'intoxication bromurée sont variés: somnolence, asthénie, perte d'énergie, incapacité de soutenir l'attention, démarche chancelante, sensation d'ivresse, hallucination et délire, désorientation dans le temps et dans l'espace, dépression émotive et quelquefois manie aiguë. Un de ces symptômes survenant au cours de la médication bromurée demande un dosage des bromures sériques. Les éruptions ont moins de valeur que les autres signes pour indiquer l'intoxication.

Dans les cas d'intoxication, il est contre-indiqué de supprimer trop brusquement les bromures.

La fréquence de l'apparition de symptômes toxiques au cours de l'administration des bromures est plus grande que ne le croit la majorité des praticiens. Ceux-ci ne doivent être administrés que prudemment et il serait souhaitable que les médicaments à base de bromure ne soient délivrés aux malades que sur prescription médicale.

Robert Clément.

K. G. Hearne (Arncliffe, Nouvelles Galles du Sud). ***Hyperpyrexie par coup de chaleur: expérience acquise en Mésopotamie avec quelques considérations étiologiques et une méthode de prévention qui en résulte*** (*The Medical Journal of Australia*, 19e année, tome I, n° 7, 13 Février 1932). — De 1916 à 1918, plusieurs vagues de chaleur de grande intensité sévirent en Mésopotamie durant les mois de Juillet, Août, Septembre et H. eut l'occasion d'observer environ 240 cas de coups de chaleur dans le corps expéditionnaire anglais.

La Mésopotamie constitue un des endroits les plus favorables en raison de l'aridité de son sol très peu élevé au-dessus du niveau de la mer, presque sans végétation; durant huit mois, de Mars à Octobre, il ne tombe aucune goutte d'eau.

On peut classer les effets de la chaleur sur le corps humain en 4 types: le coup de chaleur hyperpyrétique, l'épuisement par la chaleur, le coup de soleil et les crampes de chaleur.

L'hyperpyrexie peut être très élevée (de 41°5 à 46°1 dans les cas extrêmes). L'attaque est brusque avec excitation psychique et délire passant rapidement au coma. La peau est absolument sèche et brûlante, la respiration est pénible et stertoreuse et les convulsions épileptiformes presque toujours présentes. La fréquence des mictions et la suppression de la transpiration sont des signes prémonitoires.

Dans l'épuisement, la température peut être au-dessous de la normale; si elle est élevée, c'est légèrement. La peau est pâle, moite et fraîche, le pouls faible et la respiration superficielle.

Le coup de soleil succède à l'exposition directe aux rayons du soleil. L'atteinte des centres nerveux se traduit par un collapsus soudain et la mort même par paralysie cardiaque ou respiratoire dans les cas graves.

Les crampes de chaleur sont fréquemment observées dans les chambres de chauffe des paquebots ou dans les fonderies d'acier. Douloureuses, elles siègent au niveau des bras, des jambes et des muscles abdominaux.

En Mésopotamie, H. a surtout étudié la forme hyperpyrétique grave dont la mortalité est en général autour de 45 pour 100.

Pour lui, la cause essentielle du coup de chaleur est la suppression de la transpiration qui, invariablement, précède l'attaque. Privé de son pouvoir d'évaporation et de refroidissement, le corps voit sa température s'élever et le cerveau et les tissus sont rapidement altérés.

On peut prévenir le coup de chaleur en suppléant artificiellement à la moiteur de la surface cutanée, en enveloppant le patient dans un drap arrosé avec la quantité d'eau glacée juste suffisante pour le maintenir humide et en facilitant l'évaporation par des courants d'air avec des ventilateurs électriques. Il est important d'instituer le traitement quelques minutes après le début des symptômes, il faut donc avertir les sujets de signaler, dès leur apparition, les signes précoces révélateurs: fréquence des mictions et sécheresse de la peau.

Robert Clément.

Paralysies hystériques de l'enfance

Il n'est pas très rare d'observer, chez des enfants de souche névropathique, à tout âge (nourrissons non exclus), dans les deux sexes (cependant prédominance féminine), telles manifestations nerveuses qui simulent des paralysies organiques. Tantôt c'est un traumatisme (coup ou chute), tantôt une émotion, un choc psychique qui sert d'agent provocateur. Parfois la paralysie est survenue spontanément, sans provocation physique ni cérébrale. D'autres fois c'est l'imitation qui entre en jeu. La tendance à l'imitation des difformités, des paralysies, des claudications et troubles fonctionnels variés, est portée très loin chez certains enfants neuro-arthritiques; il y a lieu d'en tenir compte comme aussi de la simulation qui peut se révéler de très bonne heure.

La suggestion joue un grand rôle chez les jeunes névropathes; il ne faut pas oublier qu'elle peut être, suivant les circonstances de temps et de lieu, facteur de production ou facteur de guérison des paralysies hystériques. Une fillette de 12 ans fait une chute dans le chemin, sans blessure apparente, sans traumatisme violent, mais elle accuse une douleur dans la hanche et le médecin, intervenant, parle de coxalgie et immobilise le membre dans un appareil plâtré. L'enfant y reste deux ans et ce n'est que sous l'influence d'un autre médecin qu'elle recouvre la liberté de ses mouvements. Le premier médecin avait suggéré la coxalgie; le second suggéra la guérison de cette fausse coxalgie provoquée par le premier.

Il y a des coxalgies hystériques, des scolioses hystériques, un mal de Pott hystérique. Autrefois, l'erreur était fréquemment commise, je veux dire la confusion avec les manifestations ostéo-articulaires organiques. Aujourd'hui, grâce à la radiologie, on évite plus facilement cette confusion.

Nous avons soigné deux fillettes qu'on avait cru atteintes, l'une de *chorée molle*, l'autre de *paraplégie organique*. Il s'agissait d'*astasie-abasie*, c'est-à-dire d'un trouble moteur hystérique empêchant les malades de se tenir debout et de marcher correctement. Couchées, les jeunes filles avaient conservé la force et les mouvements de leurs membres; debout, elles s'effondraient et ne pouvaient marcher qu'en se traînant sur les genoux (*Archives de Médecine des Enfants*, Mai 1901 et Septembre 1922). Nos confrères de Montevideo, J. M. Estape et B. Delgado Correa (*Arch. de Ped. del Uruguay*, Décembre 1930) ont publié quatre cas d'hystérie infantile rappelant les précédents : 1. Fillette de 6 ans, paraplégie flasque (*abasie*) ; transportée à l'hôpital, elle guérit en peu de jours. 2. Garçon de 3 ans, atteint de claudication paralytique à gauche, par imitation d'un hémiplégique adulte qu'il voyait monter péniblement les escaliers; guérison, en huit jours, de cette paralysie par *imitation*. 3. Fille de 14 ans, hémiplégie droite avec incoordination manuelle rendant l'écriture impossible (polynévrite pithiatique); guérison rapide par suggestion et électricité. 4. Garçon de 18 mois, claudication à gauche par imitation d'un frère atteint de paralysie infantile; isolement et alitement d'une semaine, guérison.

Ces quelques cas posent les indications thérapeutiques.

1° Il faut isoler les enfants qui présentent tout à coup des phénomènes paralytiques survenus sans cause appréciable ou en disproportion avec la cause invoquée. L'éloignement de la famille, le transport à l'hôpital ou dans une maison de santé sont suivis de guérison rapide.

2° Le repos au lit complète l'isolement, agissant à la fois par la sédation du système nerveux et par la suggestion. Chez le nourrisson de Montevideo, la promesse de la sortie du lit au bout de huit jours s'il cessait définitivement de boiter a eu un plein succès.

3° La suggestion à l'état de veille, ou persuasion, exercée par le médecin traitant, hâtera la guérison que le seul fait de l'isolement avait ébauchée.

4° De courtes séances de faradisation des membres paralysés compléteront la cure, car elles agiront en facteurs puissants de suggestion. La kinésithérapie et la massothérapie pourraient agir dans le même sens avec une semblable efficacité.

5° Les enfants très nerveux se trouveront bien également de l'hydrothérapie (douches chaudes suivies de frictions sèches au gant de crin, bains salés ou sulfureux, drap mouillé). Ce dernier procédé, un peu brutal, calme les nerfs et agit par suggestion : drap trempé dans l'eau froide, essoré, étalé sur une couverture de laine, le tout enroulé autour du corps. Durée d'application 30 à 60 minutes, renouveler deux ou trois fois par jour.

6° Quand il y a des douleurs, le salicylate de soude, à la dose de 3 à 4 gr. par jour, associé au bicarbonate de soude (parties égales), pourra intervenir à titre de sédation et de suggestion.

J. Comby.

Le traitement thermo-climatique des douleurs d'origine articulaire

Le traitement thermo-climatique des douleurs articulaires comporte des indications différentes suivant que ces douleurs sont liées à des arthropathies ou qu'elles constituent des manifestations goutteuses. Dans l'un et l'autre cas la cure sédative se trouve à la base de ce traitement, ainsi que l'influence favorable des eaux et des climats sur l'arthritisme, mais on recherchera plus spécialement pour les goutteux les stations qui agissent sur le métabolisme organique et sur la nutrition générale en facilitant la combustion ou l'élimination des déchets puriques. Quelle que soit la cause ou l'origine de la douleur articulaire, il conviendra de n'entreprendre la cure thermale que lorsque tous les phénomènes inflammatoires auront disparu, de crainte de réchauffer un foyer mal éteint.

I. *Cures Thermales.*

Deux groupes de stations thermales se partagent la cure des douleurs articulaires : dans l'un il convient de ranger toutes celles qui agissent par leurs eaux (sulfureuses, hyperthermales, radio-actives, sulfatées-calciques, bicarbonatées, carbo-gazeuses, oligométalliques, etc.) l'autre est représenté par les stations dont l'agent thérapeutique est constitué par les boues; un troisième groupe comprend les sources diurétiques.

Dans le premier groupe il faut citer d'abord *Aix-les-Bains*, la station des rhumatismes chroniques diathésiques déformants, des manifestations douloureuses articulaires et péri-articulaires, *Ax-les-Thermes* qui convient aux arthritiques, aux rhumatisants, aux arthropathies douloureuses, *Luchon* qui agit surtout dans les rhumatismes chroniques, *Aulus*, *Chaudesaigues*, *Bagnères-de-Bigorre*, *Néris*, *Balaruc*, *Bourbon-Lancy*, *Rennes-les-Bains*, *Plombières*, *Evaux-les-Bains*, toutes stations dont les eaux calment les algies, apaisent les inflammations articulaires et périarticulaires. A côté d'elles, il faut noter encore *La Malou* dont l'action chez les arthralgiques est parfois remarquable, *Cauterels* avec ses sources du Bois et du Pré, *Escouloubre* et *Carcanières*, *La Léchère-les-Bains*, *Thuès-les-Bains*, *La Roche-Posay*, *Vernet-les-Bains*. Aux rhumatisants lymphatiques, affaiblis, anémiés, dont l'organisme a besoin d'être relevé, on conseillera de préférence *Bourbon-l'Archambault* et *Bourbonne-les-Bains*, cette station étant particulièrement indiquée chez les goutteux à poussées subaiguës et subintrantes ainsi que chez les goutteux atones. Il convient enfin de mentionner : *Amélie-les-Bains*, *Argelès-Gazost*, *Besançon-la-Mouillère*, *Cadéac*, *Luxeuil*, *Lamothe-les-Bains*, *Nancy-Thermal*, *Royat*.

Les bains de boue constituent un des traitements thermaux les plus efficaces contre les douleurs articulaires, qu'il s'agisse de boues végéto-minérales employées en bains et en applications locales, comme à *Dax*, *Balaruc*, *Barbolan* et *Préchaq*, ou de boues sulfureuses radio-actives comme à *Saint-Amand-les-Eaux*.

Les douleurs des rhumatisants goutteux ou intoxiqués se trouveront soulagées par les cures diurétiques de *Contrexéville*, de *Capvern*, d'*Evian*, de *Vittel*.

II. *Cures Climatiques.*

En dehors des crises aiguës ou paroxystiques qui trouvent un apaisement dans l'ambiance sédative de certaines stations, il ne semble pas que le climat puisse agir d'une façon véritablement efficace chez les rhumatisants chroniques, les noueux, les goutteux, les oxalémiques, les diathésiques, non plus que sur les douleurs liées à des lésions organiques des articulations. Cependant il est fréquent de voir ces douleurs devenir plus supportables au cours d'un séjour dans telle ou telle station à climat sédatif. Une douleur persistante tend à s'exaspérer et, chez les malades nerveux, éréthiques, hypersensibles, elle finit trop souvent par créer de véritables névroses. Contre ces manifestations, les cures climatiques sédatives reprennent toutes leurs indications; elles lèvent les spasmes, rendent le sommeil aux malades et les aident à lutter en relevant leur état général. Parmi ces stations il faut citer tout particulièrement les stations de plaine ou de faible altitude du Sud-Ouest de la France, *Pau, au climat « bromuré »*, *Argelès*, *Amélie-les-Bains*, *Bagnères-de-Bigorre*, *La Malou*, ces dernières stations partageant avec *Ax-les-Thermes*, *Aix-les-Bains*, *Divonne* et *Néris* le privilège d'ajouter aux bienfaits de la cure climatique les précieuses ressources de la crénothérapie.

L. Goudard (Pau).

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

G. Ruppe. ***Sinusite maxillaire d'origine dentaire*** (*Paris Médical*, tome XXII, n° 15, 9 Avril 1932). — R. en se basant sur l'enseignement du professeur Lemaître et sur les travaux récents, notamment sur les rapports du II[e] Congrès de la Société latine oto-rhino-laryngologique (1931), fait une mise au point de la sinusite maxillaire d'origine dentaire. Les notions embryologiques et les nombreuses discussions sur les rapports entre les dents et le sinus sont rappelées pour la compréhension de la question. L'étiologie dentaire est ensuite minutieusement étudiée. Outre les formes bien connues d'empyème aigu et de sinusite chronique, R. passe en revue les formes graves, légères, latentes et fistulisées et élimine les fausses sinusites des nourrissons. L'étude des complications, du diagnostic et des indications opératoires termine cette revue générale.

JOURNAL DE CHIRURGIE

P. Wertheimer. ***Documents et réflexions sur les œdèmes chirurgicaux des membres*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXIX, n° 5, Mai 1932). — Les documents sont constitués par 6 observations d'œdèmes qui, n'étant ni brightiques, ni cardiaques, ni rachitiques, sont dits, à un point de vue purement clinique, chirurgicaux. Elles sont dissemblables, les œdèmes siégeant 4 fois au membre inférieur, 2 fois au membre supérieur, et attribuables à des lésions congénitales, à un traumatisme, à une brûlure, à une poussée infectieuse pelvienne, à une émotion vive même. Dans ses conclusions, W. les réunit cependant comme étant des modalités diverses d'un même trouble fonctionnel dont le mécanisme intime demeure obscur. Les œdèmes traumatiques, ceux dits spontanés d'origine veineuse, les constatations opératoires ou expérimentales de Leriche plaident en faveur d'une perturbation vaso-motrice initiale; le sens et les caractères de la réaction circulatoire étant peut-être influencés par des facteurs physico-chimiques dépendant eux-mêmes de la sécrétion troublée de certaines glandes vasculaires sanguines. Avec ce point de départ commun les caractères différents des divers cas relèveraient, ou bien de l'ancienneté du désordre fonctionnel aboutissant à la constitution de lésions anatomiques frappant le tissu cellulaire, le système lymphatique, les voies de circulation de retour, ou bien de l'existence d'altérations concomitantes, héréditaires ou acquises, des lymphatiques, des nerfs, même des centres nerveux.

L'indication d'une intervention sur le sympathique est indiquée au début; lorsque les lésions sont anciennes, organisées, évoluent vers le stade lymphatique et l'éléphantiasis, les opérations dérivatrices conservent leur valeur.

P. Grisel.

M. Fèvre. ***Invagination intestinale du grand enfant*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXIX, n° 5, Mai 1932). — La démonstration de la fréquence relative de l'invagination chez le grand enfant, c'est-à-dire chez le malade âgé de 5 à 15 ans, limite de l'âge d'admission dans les hôpitaux d'enfants, est établie par ce fait que F. peut en donner 20 observations recueillies en cinq ans dans le service d'Ombrédanne. N'ayant pas l'évolution aiguë de l'invagination du nourrisson, elle se rapproche beaucoup de celle de l'adulte par son évolution subaiguë rappelant l'appendicite, ou chronique simulant la péritonite tuberculeuse. Il est à remarquer cependant, que chez le grand enfant on ne trouve que rarement comme point de départ la lésion localisée qui se rencontre au contraire très souvent chez l'adulte. Dans la série observée, l'appendicite n'apparaît pas comme ayant été la cause de l'invagination.

Sur 18 cas, où la lésion anatomique a pu être précisée, 9 fois l'iléon était intéressé et 9 fois elle était purement colique, ce qui, dans la moitié des cas, condamnait le lavement opaque à l'échec. 5 fois l'invagination fut iléo-iléale, siégeant à 30, à 50 cm. de la valvule, donc en un point assez éloigné d'elle. C'est une notion à conserver, pour savoir rechercher un peu haut une invagination lorsque l'état normal de l'appendice ne justifie pas le diagnostic erroné d'appendicite qui avait été porté. La localisation colique ou cæcale a le plus souvent pour point de départ l'invagination d'une bosselure de la paroi externe, qu'il faudra fixer pour éviter la récidive. L'hypertrophie ganglionnaire est due à la stase lymphatique plutôt qu'à l'infection. Tout syndrome appendiculaire, sans fièvre, avec signes de localisation dans le quadrant supérieur droit, comme l'acuité et l'intermittence de la douleur, la présence du boudin au palper abdominal profond, des mucosités sanglantes tachant le doigtier après le toucher rectal, imposent le diagnostic d'invagination.

L'incision de la laparotomie nécessaire portera en principe en regard du siège de la tête de l'invagination et l'on fera successivement la désinvagination, la fixation et l'appendicectomie.

P. Grisel.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

Pedro Escudero et **José Alberto Pângaro** (Buenos-Aires). ***L'isoglycémie*** (*Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie*, tome III, n° 2, Février 1932). — Normalement, au cours des vingt-quatre heures, la glycémie est influencée par la nature, la quantité et la fréquence de l'alimentation, par le degré de repos ou de mouvement. Escudero a créé le terme d'isoglycémie pour désigner certains diabétiques qui gardent leur concentration de glucose sanguine avec des variations insignifiantes et pour certains cas où, avec l'épreuve du glucose, il ne se produit pas d'élévation post-prandiale des courbes normales.

L'isoglycémie est un trouble de la régulation du glucose circulant, étranger au mode d'administration du glucose et en relation avec un trouble neuro-endocrinien. La courbe isoglycémique est très semblable à celle que produit l'injection d'insuline et cette dernière l'exagère. L'hyperfonction de la thyroïde la modifie ou la supprime, tandis que l'hypofonction exagère l'isoglycémie. L'adrénaline et l'hypophysine la suppriment, de même si l'on administre conjointement du glucose à ces médicaments.

Tout ceci permet d'affirmer, sans pouvoir expliquer l'essence même du phénomène, que l'isoglycémie est la conséquence d'un trouble de la synergie surrénale-hypophyse-pancréas insulinique-foie, celle-ci pouvant être acceptée comme étant l'expression asymptomatique de l'hypersinsulinisme.

L. Rivet.

P.-L. Mirizzi (Cordoba). ***La splénomégalie de Banti*** (*Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie*, tome III, n° 2, Février 1932). — M. relate par le détail deux cas de splénomégalie présentant les lésions de fibro-adénie décrites par Banti.

Le premier est celui d'un malade de 19 ans, atteint de splénomégalie primitive avec cirrhose atrophique consécutive du foie, répondant au type clinique de la maladie de Banti. La mort survint par cachexie neuf mois après la splénectomie. Celle-ci avait été suivie pendant deux semaines d'une fièvre à caractère intermittent, bien que les suites opératoires fussent normales; l'autopsie montra un abcès de la queue du pancréas, par nécrose. Dans les jours qui suivirent l'opération, on vit augmenter rapidement l'ascite et apparaître un épanchement des deux plèvres: il s'agissait du reste de simples transsudats.

Le second cas est celui d'un malade chez lequel le signe dominant a été la splénomégalie avec anémie, et que la splénectomie, pratiquée après deux transfusions, a guéri de cette maladie dite de Griesinger-Banti. L'hématémèse avait été le symptôme initial.

D'après Tramontano, cette affection doit rentrer dans le cadre de la maladie de Banti: ce ne sont que deux modalités d'une même cause, d'une affection du système réticulo-endothélial de la rate.

L. Rivet.

LE JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

L. Nové-Josserand, Euvrard et **Feuillade.** ***A propos du traitement des fièvres typhoïde et paratyphoïde par la vaccinothérapie; bactériothérapie*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 292, 5 Mars 1932). N., E. et F. apportent les résultats obtenus par eux, par la vaccinothérapie, dans le traitement de 23 cas de fièvre typhoïde provenant de la même épidémie, dus au bacille d'Eberth, tous survenus chez des enfants en traitement au sanatorium du Perron, pour des formes de tuberculose discrète, pleurale ou ganglionnaire. Sur les 23 malades, il y eut un décès (mortalité 4,2 pour 100); chez 6 malades, la fièvre ne dura pas quinze jours; chez 6 autres, elle ne se maintint pas plus de 3 semaines; il n'y eut de rechute que dans un cas et les complications n'ont pas paru plus fréquentes qu'habituellement. A part une hémorragie mortelle, elles ont toutes eu une heureuse issue. Le vaccin employé fut le vaccin T. A. B. de l'Institut Pasteur, par voie sous-cutanée, en commençant par 250 millions à 1 milliard de bacilles suivant l'âge du malade. Chez 17 malades, la première injection a déterminé un abaissement de la courbe thermique; une deuxième injection, 3 ou 4 jours après, et quelquefois une troisième, ont été pratiquées.

N. E. et F. insistent sur l'importance de pratiquer la bactériothérapie très tôt avant le 10[e] jour, le 12[e] jour au plus tard. Employée trop tard, cette méthode perd presque toute son efficacité.

Aucune tuberculose n'a été activée ni par la maladie ni par le vaccin.

Robert Clément.

E. Ledoux. ***La fièvre ondulante d'origine bovine; l'endémie franc-comtoise*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 292, 5 Mars 1932). On sait les rapports entre le micrococcus melitensis et le bacille de Bang, agent de l'avortement épisodique des bovidés; la fièvre ondulante d'origine bovine est observée dans un grand nombre de pays où sévit l'avortement épisodique des bovidés.

Une enquête systématique en Franche-Comté, depuis 3 ans, a permis à L. de déceler 22 cas de fièvre ondulante atteignant presque exclusivement des paysans ayant eu des contacts avec les vaches qui avaient avorté : s'il n'a pas été possible de préciser si l'agent de l'infection était un *brucella melitensis* ou un *brucella avortus*, ces cas de fièvre ondulante semblent bien d'origine bovine. Il est

probable que si l'attention des médecins ruraux était attirée sur cette étiologie possible, dès qu'une infection fébrile ne fait pas sa preuve, de nombreux cas méconnus jusqu'alors seraient identifiés.

En Franche-Comté, la fièvre ondulante, d'origine bovine, n'a pas paru très grave, tous les malades ont guéri après une pyrexie de 2 à 9 mois.

ROBERT CLÉMENT.

L. Morenas et **A. Colrat**. ***Paralysies oculaires et zona dorso-lombaire*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 293, 20 Mars 1932). — Chez une femme de 65 ans, ayant présenté un zona occupant les territoires cutanés de la XII° dorsale et de la première lombaire, traité par la radiothérapie, on observa, un mois après l'éruption, de la diplopie par paralysie totale du moteur oculaire externe droit et strabisme interne de cet œil. Aucun autre muscle oculaire n'était touché : réflexes, fond d'œil et champ visuel normaux, aucun signe anormal du côté de la voie pyramidale. Les douleurs du zona et la paralysie oculaire ont persisté près de trois mois, jusqu'à la mort survenue après quelques jours de fièvre et l'apparition de « paralysies ».

M. et C. pensent qu'il s'agit d'une paralysie oculaire au cours d'un zona de localisation lointaine, analogue aux paralysies des membres que l'on observe quelquefois dans le zona quel qu'en soit le siège. Ils admettent l'origine nucléaire plutôt que méningée de la paralysie.

ROBERT CLÉMENT.

L. Paufique. ***Les névrites rétro-bulbaires*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 293, 20 Mars 1932). — Sous le nom de névrite rétrobulbaire, on décrit un syndrome ophtalmologique banal, d'observation courante, constitué par un scotome central absolu ou relatif, avec intégrité du fond d'œil, du moins pendant la plus grande partie de l'évolution, qui le plus souvent est favorable et aboutit à la guérison complète. Si ce syndrome clinique correspond dans un grand nombre de cas à une inflammation du nerf optique dans son segment rétro-oculaire, il en est beaucoup d'autres où le mécanisme producteur du syndrome est tout différent et d'ailleurs mal connu, que l'on invoque une imprégnation toxique des neurones ou des cellules ganglionnaires ou un trouble vasomoteur.

Les causes de ce syndrome sont nombreuses : les plus fréquentes sont l'alcoolisme, la sclérose en plaques, les infections sinusiennes et nasales, les compressions du nerf ophtalmique, les inflammations du globe oculaire. La cause est parfois difficile à mettre en évidence et demande la collaboration du neurologiste, de l'oto-rhinologiste, du radiologiste et de l'oculiste.

La névrite rétro-bulbaire évolue le plus souvent spontanément vers la guérison ; les plus beaux succès thérapeutiques sont obtenus dans les névrites par infection de voisinage, après intervention sur les sinus, les cellules ethmoïdales, ablation de dents infectées. On s'est demandé si l'intervention n'agissait souvent simplement d'une façon réflexe.

ROBERT CLÉMENT.

E. Rollet. ***Le syndrome paralytique de l'apex orbitaire*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 293, 20 Mars 1932). — L'obstruction de la fente sphénoïdale associée à celle du canal optique entraîne une ophtalmoplégie totale sensorio-sensitivo-sympathico-motrice que R. appelle le syndrome paralytique de l'apex orbitaire.

Ce syndrome peut être dû à un cancer, à la syphilis ou à un traumatisme, qu'il s'agisse de la métastase d'un épithéliome du sein, de sarcome médiastinal, de cortico-surrénalome ou de cancer primitif. La syphilis peut réaliser le syndrome de l'apex orbitaire par périostite de la fente sphénoïdale, par gomme du trousseau celluleux de Zinn et de la lame fibreuse ou par méningite circonscrite. Peut-être d'autres processus infectieux sont-ils capables de réaliser le même syndrome. Il existe quelques observations de fractures du crâne irradiées. Dans d'autres cas, c'est un corps étranger qui obstrue l'apex : lame de couteau ou balle.

Le syndrome clinique est constitué par des troubles paralytiques : paralysie motrice des musculatures externe et interne de l'œil : immobilité absolue du globe, ptosis, mydriase. Paralysie sympathique, observée cliniquement ou démontrée par l'épreuve des collyres. Paralysie sensitive : anesthésie ou hypoesthésie cornéo-conjonctivale et cutanée dans le domaine de l'ophtalmique avec névralgies tenaces chez le cancéreux et céphalées temporaires chez le syphilitique. Paralysie sensorielle avec cécité définitive par atrophie optique, sauf chez le syphilitique. L'exophtalmie peut être marquée, minime ou faire défaut. Les troubles veineux sont exceptionnels en raison des branches anastomotiques et de l'inversion du courant veineux.

Le diagnostic se pose avec les paralysies hautes de l'orbite qui sont dissociées, dans lesquelles il y a chémosis, mobilité oculaire limitée et tumeur palpable. Si la lésion est intracranienne, le trijumeau est intéressé dans toutes ses branches, et il peut y avoir des paralysies associées d'autres nerfs craniens. La radiographie peut affirmer un diagnostic hésitant : une opacité indiquera la fermeture de l'apex.

Le pronostic est sévère au point de vue visuel, parfois relativement bénin au point de vue vital sauf dans le cancer. C'est dans la syphilis orbitaire que la thérapeutique médicale enregistre ses plus beaux succès puisqu'elle peut guérir complètement une ophtalmoplégie sensorio-sensitivo-motrice et rendre à l'œil vision, sensibilité et motilité.

ROBERT CLÉMENT.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOGRAPHIE (Paris)

Ravaut et **Cachera**. ***Bubon chancrelleux et maladie de Nicolas-Favre*** (*Annales de Dermatologie*, tome III, n°s 2 et 3, Février et Mars 1932). — Dans cet important travail, les auteurs exposent leurs recherches biologiques, cliniques et thérapeutiques sur les 2 affections.

Dans le bubon chancrelleux, la recherche du bacille de Ducrey peut être faite, soit directement dans le pus, soit indirectement par auto-inoculation (soit la cuti-inoculation classique, soit l'intradermo-inoculation de Ravaut). Mais l'impossibilité de déceler le Ducrey dans un bubon sans chancre ne peut servir d'argument contre la nature chancrelleuse de ce bubon, car dans certains cas la preuve bactériologique est impossible.

Dans la maladie de N.-F. on trouve parfois dans le pus de bubons fistulisés un gros diplocoque prenant le Gram, qui paraît être un germe banal ; le Ducrey fait défaut. L'auto-inoculation donne naissance à des lésions variables, allant de la simple macule et de la papule jusqu'à la nodosité qui s'ulcère et que rien ne distingue d'un chancre mou.

La réaction de Frei se montre presque constamment positive dans la poradénite et négative dans le chancre mou ; au contraire, la réaction au Dmelcos est positive chez les chancrelleux et négative chez les autres.

La réaction de fixation du complément en présence d'un antigène chancrelleux, presque constamment positive dans le sérum de sujets atteints de bubons chancrelleux, est ordinairement négative dans la poradénite. Dans le chancre mou, la vaccinothérapie élève considérablement le taux des anticorps dans le sérum et d'une façon durable. Dans la poradénite, on note l'apparition passagère d'anticorps et d'une façon modérée.

Cliniquement, dans la maladie de N.-F., à côté des formes classiques, il est des formes anormales, frustes, soit ressemblant à des adénites d'apparence banale, soit se présentant sous forme de bubons volumineux, uniloculaires, suppurant en masse, donnant lieu à un abcès unique.

Parmi les signes classiques de la poradénite, la dureté initiale de l'adénopathie, l'aspect multilobulé de la masse ganglionnaire, la teinte rose violacé de la peau paraissent inconstants. Plus constants sont l'extension aux ganglions iliaques profonds, le caractère parcellaire de la suppuration et l'aspect visqueux et glaireux du pus.

Parmi les formes anormales de chancre mou, la plus importante est l'existence de bubon chancrelleux sans porte d'entrée typique, minime ou disparue. Les 2 affections, poradénite et chancre mou, peuvent s'associer chez un même malade, succédant à une contamination unique. Ce sont les lésions chancrelleuses qui apparaissent les premières, suivies de poradénite au bout de deux à six semaines.

Au point de vue thérapeutique, R. et C. conseillent comme traitement local des adénites qui traînent l'électrocoagulation. Comme traitement général dans la poradénite, les injections intraveineuses de solution de Lugol (ou par voie buccale) ou de stibyal (antimoine) ; dans le chancre mou les injections de Dmelcos.

R. BURNIER.

Dubois. ***Contribution à la dermite des parures*** (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, tome III, n° 3, Mars 1932). — D. rapporte une nouvelle forme de la dermite des parures, la *dermite du bracelet*. Deux malades, qui portaient à l'avant-bras une petite montre-bracelet, constatèrent une marque rouge, régulièrement arrondie, ayant la même grandeur que la montre et située au point d'application de la montre. Chez l'une des malades, la poussée éruptive fut plus aiguë ; on voyait un disque érythémato-squameux, arrondi et un peu infiltré ; la surface un peu suintante était parsemée de petites vésicules claires et de croûtelles. La lésion guérit en trois semaines sous l'influence de pâtes calmantes.

La cause de cette dermite était une idiosyncrasie individuelle vis-à-vis du nickel, dont une mince couche recouvrait la boîte en acier de la montre. Ces cas furent extrêmement rares à Genève, où des centaines de ces montres-bracelets se vendaient chaque jour. A noter que les parents et les deux sœurs de l'une des malades ont porté ces montres sans inconvénient.

Les lésions apparurent environ 8 jours après le port de la montre. L'expérience fut répétée en fixant sur le bras une pièce suisse de 20 centimes en nickel ; 8 jours après, la réaction cutanée apparaissait.

R. BURNIER.

ARCHIVES FRANCO-BELGES DE CHIRURGIE (Bruxelles)

M. Bleicher. ***Les bases anatomiques du radio-diagnostic des tumeurs surrénales*** (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, tome XXXIII, n° 2, Février 1932). — Une tumeur surrénale peut être décelée par la radiographie (Sézary et Lomon), d'où l'intérêt des précisions suivantes déduites de nombreuses recherches anatomiques et radiologiques.

La glande a une situation assez fixe par rapport au bord interne du rein et au pédicule vasculaire. Couchée sur le pilier du diaphragme, elle remplit le cadre en U que lui constituent le bord interne du rein, le pédicule rénal, le gros vaisseau correspondant. Son extrémité supérieure affleure ou dé-

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE
DE LA
CONSTIPATION

A BASE DE :

1° EXTRAIT TOTAL DES GLANDES DE L'INTESTIN qui renforce les sécrétions glandulaires de cet organe.

2° EXTRAIT BILIAIRE DÉPIGMENTÉ qui régularise la sécrétion de la bile.

3° AGAR-AGAR qui rehydrate le contenu intestinal.

4° FERMENTS LACTIQUES SÉLECTIONNÉS : action anti-microbienne et anti-toxique.

1 à 6 COMPRIMÉS AVANT CHAQUE REPAS

AUCUNE ACCOUTUMANCE

TAXOL

LABORATOIRES LOBICA
46, Avenue des Ternes, PARIS (17e)
G. CHENAL, Pharmacien

passe de 1 cmc le pôle rénal, son extrémité inférieure est à gauche de 1 à 5 mm.; à droite, de 4 à 9 mm., distante du pédicule rénal; son côté externe recouvre le bord interne sus-hilaire du rein sur une surface allongée en forme de bande légèrement incurvée, large de 2 à 8 mm.

Par rapport au squelette, la zone surrénale, plus étalée, plus large et un peu plus élevée à droite, répond aux corps de D XII et de L I. La partie moyenne du disque séparant D XI et D XII marque la limite supérieure, celle du disque séparant L I et L II marque la limite inférieure. La limite externe, oblique en bas et en dedans, croise la XI° côte, le XI° espace, la XII° côte et enfin l'angle costo-vertébral sous-jacent. Enfin la limite interne est, à gauche, rectiligne et tangente aux corps vertébraux et, à droite, convexe en dedans et recouvre la partie latérale des corps vertébraux de 1 à 2 cm.

La projection sur la paroi abdominale antérieure dessine deux zones rectangulaires larges de 4,5 centimètres, situées de part et d'autre de la ligne médiane, à 1 cm. à droite et à 2,5 cm. à gauche, et limitées par deux horizontales réunissant en haut les bords supérieurs des 8°, et en bas ceux des 10° côtes. La projection sur la paroi postérieure se fait toujours à l'intérieur d'un *quadrilatère cutané surrénal* limité : *en haut*, par l'horizontale rasant la partie supérieure du sommet de l'épine de D XI; *en bas* par celle passant par la partie moyenne du sommet de celle de L. I; *en dedans*, par une verticale paramédiane juxta-épineuse; *en dehors*, par une verticale distante de 6 cm. de la ligne épineuse.

Pour ce qui est de sa distance à ce quadrilatère cutané postérieur, la glande occupant un plan vertical oblique, son bord externe est à 6,5 cm. et son bord interne à 10 cm. de la peau.

Toutes ces mesures sont faciles à reporter soit sur les radiographies pour y dessiner un quadrilatère où toute opacité anormale devra être soupçonnée d'être surrénale, soit sur le malade pour la radiothérapie des lésions surrénales reconnues.

P. Grisel.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Benno Slotopolsky. *La fréquence des affections pellagroïdes chez les alcooliques et en cas d'affections mentales* (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 13, 26 Mars 1932). — Dans ce travail qui provient de la clinique psychiatrique de Bâle, S. donne l'observation très détaillée d'une femme de 51 ans, alcoolique, ne mangeant presque plus; trois ans auparavant, elle a commencé à sentir des faiblesses dans les jambes puis à songer anormalement à la mort. Son amaigrissement est considérable. Elle présente de la parésie de certains muscles de l'avant-bras, une démarche parétique avec contractures en flexion des jambes et signe de Romberg fortement positif. On fait alors le diagnostic d'alcoolisme chronique et de polynévrite alcoolique. Cinq jours plus tard, il commence à apparaître un état de confusion qui va s'aggravant et on pense à une psychose de Korsakow à évolution aiguë. Cependant, une dizaine de jours plus tard, l'état mental est redevenu normal, puis il apparaît une diarrhée sévère pour laquelle on fait passer la malade dans la clinique médicale où A. Meyer constate l'existence de lésions cutanées de pellagre.

S. discute longuement les raisons qui lui font croire à la pellagre chez cette malade. Il fait remarquer d'abord qu'il y a chez elle des lésions cutanées, des troubles gastro-intestinaux et nerveux (neurologiques et psychiques). Il paraît probable que le cours de la maladie a été le suivant : début au commencement de 1931 avec amaigrissement, douleurs névralgiques, troubles psychiques puis neurologiques, état délirant et enfin diarrhée. L'érythème aurait apparu, en ce cas, assez tardivement.

Parmi les symptômes qui permettent d'affirmer la pellagre, figure plus spécialement la crainte de la mort. En outre, les contractures ne s'observent pas en cas de polynévrite alcoolique tandis qu'elles sont décrites dans la pellagre. Enfin, il ne peut pas s'agir d'une psychose de Korsakow qui entraîne toujours la mort quand il s'agit de forme aiguë. En somme, il paraît à S. qu'il faille rattacher ces phénomènes de polynévrite au syndrome de pellagre. Cependant, au point de vue étiologique, cette affection est en relations directes avec l'alcoolisme. L'alcool de maïs n'est cependant pas en cause.

S. termine en exposant sommairement deux observations de pellagre survenue chez des femmes internées pour affection mentale dont l'une est une hystérique qui ne se nourrit pas et l'autre une alcoolique. En conclusion, S. recommande de faire attention aux lésions pellagroïdes observées chez des internées de ce genre.

P.-E. Morhardt.

Max Saegesser. *Le sulfate de magnésium dans le traitement du tétanos* (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 13, 26 Mars 1932).— Une fois que les symptômes du tétanos ont apparu, l'antitoxine n'a plus d'action parce que cette dernière n'a pas assez d'affinité pour les cellules ganglionnaires. C'est ce qui a amené S. à procéder à une série d'expériences chez des rats blancs auxquels il a injecté, dans certaines conditions, 0,3 cmc d'une solution de toxine assez élevée pour tuer l'animal en 3 heures. Si on administre 0,5 cmc d'une solution de sulfate de magnésium à 25 pour 100 une fois que les convulsions ont débuté, on ne constate aucune modification sur le cours de l'affection. Si on injecte les toxines et le médicament ensemble, on ne constate non plus aucun effet. Mais si on injecte le magnésium avant la toxine, on retarde l'apparition du tétanos et les animaux survivent sans autre traitement. Ainsi, le magnésium empêche la toxine d'agir sur les troncs nerveux.

D'autre part, en mêlant de la substance cérébrale à de la toxine, on rend cette toxine incapable de faire apparaître les symptômes du tétanos chez l'homme. Mais les propriétés de cette toxine reparaissent si, à ce mélange, on ajoute du sulfate de magnésie qui, ainsi, doit être considéré comme capable de déplacer la toxine déjà fixée par la substance cérébrale et de la libérer.

P.-E. Morhardt.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin, Vienne et Munich)

P. Kallos et W. Müller. *L'influence de la thyroxine et des solutions de potasse sur la cutiréaction à la tuberculine* (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 12, 19 Mars 1932). — K. et M. rappellent d'abord que Kentsler et Kallos ont constaté qu'on pouvait rendre positive la cutiréaction à la tuberculine chez des tuberculeux manifestes en administrant des extraits de thyroïde. Il s'est trouvé que chez ces malades il y avait régulièrement des symptômes d'hypothyroïde. Ainsi, la thyroïde a une signification importante dans l'apparition de l'allergie tuberculeuse.

La dose nécessaire, pour faire apparaître la cutiréaction dans ces conditions, s'élève à un total d'environ 7 milligr. de thyroxine. Mais, d'autre part, Lucacer a montré qu'en frottant la peau avec un mélange de tuberculine et de thyroxine, on arrive à renforcer, voire même à faire apparaître la cutiréaction.

K. et M. ont repris ces expériences et ont appliqué sur la peau du pli du coude une dilution d'ancienne tuberculine soit pure soit mélangée à une solution de thyroxine Roche. Ils ont ainsi obtenu deux réactions positives dans le premier cas et quatre dans le second. Ils ont également pratiqué la réaction à la tuberculine épicutanée décrite par Nathan et Kallos en utilisant une dilution de tuberculine soit pure soit mélangée de thyroxine. Cette épreuve a été pratiquée d'abord chez 14 malades atteints de tuberculose cutanée qui ont tous donné des réactions positives tandis que 16 autres atteints de tuberculose non cutanée ne réagirent pas. Par addition de thyroxine, la réaction a été renforcée dans 8 cas sur 14.

Mais la thyroxine Roche est diluée dans une solution de potasse à n/100. Il s'agissait donc de savoir si cette solution alcaline ne possède pas elle aussi une action. Il a été effectivement constaté qu'une solution de potasse de ce genre, sans tuberculine, peut faire apparaître la réaction chez 7 malades sur 20 alors que le mélange tuberculine et thyroxine n'a eu d'effet que dans 4 cas. Il semble donc que l'action renforçante de la thyroxine sur la cutiréaction est due simplement à une dissociation de l'épiderme par l'alcalin. Effectivement, des débris de peau se dissolvent beaucoup plus vite dans la solution de potasse que dans la solution de thyroxine et surtout que dans une solution salée physiologique.

P.-E. Morhardt.

DER CHIRURG (Berlin)

Eichelter (Vienne). ***Le traitement chirurgical de l'embolie pulmonaire par l'opération de Trendelenburg. Etude des cas connus jusqu'à ce jour*** (*Der Chirurg*, tome IV, n° 6, 15 Mars 1932). — Dans une très intéressante revue générale, qui mérite d'être lue intégralement, E. analyse tous les cas d'embolies pulmonaires traitées chirurgicalement par l'opération de Trendelenburg. On sait que cette audacieuse intervention consiste à extraire le thrombus par thoracotomie et incision de l'artère pulmonaire.

Cette opération qui fut pratiquée pour la première fois en 1908 par Trendelenburg sans succès, et suivie de 19 tentatives infructueuses jusqu'en 1924, ne fut réalisée avec succès pour la première fois que par Kirschner (1924).

Dès lors, les essais se multiplièrent. E. en compte actuellement 123. Sur ces 123 opérations, 9 furent suivies d'une guérison définitive (Kirschner 1924, A. W. Meyer, 4 guérisons 1927, 1928 et 1931, Nyströn, 2 succès 1928 et 1929, Crauford, 2 succès 1928 et 1929). Mis à part ces 9 cas définitivement guéris, il convient de citer les survies temporaires dépassant vingt-quatre heures, notées dans les observations de Trendelenburg (1908, trente-sept heures), de Krüger (1909, cinq jours), de Schumachers (1914, deux jours et demi), de Marcus (1930, huit jours), de Meyer (1927, vingt-six jours) et de Nyströn (1928, trente heures).

Ces succès partiels ou définitifs constituent la preuve expérimentale de l'efficacité de la méthode et méritent d'encourager les tentatives, surtout si l'on tient compte de ce fait que beaucoup d'insuccès peuvent être imputés à une imperfection technique, à un retard apporté à l'intervention, ou à une erreur de diagnostic.

Il va sans dire qu'il s'agit en l'espèce d'opérations qui doivent être exécutées en toute hâte, à l'aide d'un matériel spécial et avec un personnel très expérimenté. Un retard de quelques minutes, pour ne pas dire de quelques secondes, suffit à rendre vain tout espoir de réussite.

E. analyse minutieusement toutes les observations, en fait la critique et expose les détails techniques qui lui semblent les plus recommandables.

Il est à regretter qu'aucune tentative de ce genre n'ait encore été faite en France. Faut-il une fois de plus en rejeter la faute sur nos médiocres organisations techniques, qui, dispersant nos efforts, nous éloignent de nos malades graves, en les privant des secours d'extrême urgence. Il y aurait beaucoup à faire pour améliorer une situation qui constitue un frein aussi puissant aux progrès de la chirurgie.

J.-Ch. Bloch.

ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Berlin)

Kraft (Cologne). ***Sur les calculs biliaires et l'asthme*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, tome LIX, n° 12, 19 Mars 1932). — Une femme de 50 ans présente, depuis sept ans, des crises graves d'asthme; elle a fait plusieurs séjours dans des services de médecine et les divers traitements employés n'ont amené qu'un soulagement très passager. La malade a remarqué que chaque crise dyspnéique était précédée d'une sensation douloureuse dans l'hypocondre droit, et que l'absorption de certains aliments difficiles à digérer, en particulier de graisses, provoquait cette sensation pénible, puis une crise.

Elle avait maigri de 20 kilogr. L'examen de la région hépatique ne révélait rien de précis: il n'y avait pas de point douloureux vésiculaire, mais une certaine sensibilité à la pression profonde de l'épigastre. En revanche, la radiographie montrait l'existence d'un calcul solitaire gros comme une noisette, dans une vésicule de configuration normale.

K. enleva la vésicule et le calcul; il n'y avait ni adhérence, ni altération quelconque de cette vésicule, dont l'évacuation se faisait normalement.

Depuis l'intervention, la malade n'a pas eu de crise d'asthme (durée de l'observation: quatre mois).

Ch. Lenormant.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

M. Volterra (Florence). ***La pression artérielle moyenne de Vaquez et sa valeur clinique, en particulier dans l'hypertension artérielle*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome LII, n° 49, 5 Décembre 1931). — V., tout en reconnaissant la constance habituelle de la pression moyenne chez un sujet donné quel que soit le territoire artériel où on la mesure, alors qu'on trouve des variations plus ou moins marquées des pressions maxima et minima selon la région considérée, fait néanmoins quelques réserves à ce sujet, ayant trouvé parfois des variations régionales de la pression moyenne, minimes à vrai dire, de l'ordre de 5 mm. Cette constance serait donc un peu moindre que ne l'ont dit les auteurs français.

Comme Gomez et Lajoie, V. a constaté que la pression moyenne ne reste pas constante pendant l'effort; cependant chez certains sujets normaux, même entraînés, il a pu noter quelques dérogations à cette règle.

Dans les états d'hypotension, la pression moyenne est en règle générale au niveau normal; elle ne suit donc pas la pression maxima dont elle arrive ainsi à se rapprocher davantage que chez les sujets normaux. V. a rencontré cependant quelques exceptions dans lesquelles la pression moyenne est abaissée.

Chez la majorité des hypertendus ayant une pression maxima comprise entre 18 et 22, la pression moyenne oscille entre 13 et 15. Pendant les efforts elle varie peu tant que le cœur est vigoureux, mais quand il faiblit, la pression moyenne monte de 20 à 40 mm. pour revenir lentement à son niveau initial, tandis que la maxima ne s'élève guère en pareil cas. En ce qui concerne les rapports entre la pression moyenne et l'hypertrophie cardiaque, Vaquez estime que la pression moyenne exerce une influence décisive sur la production de l'hypertrophie cardiaque. Cette opinion a pour elle les faits cliniques et diverses considérations théoriques, mais là encore, quelques faits contradictoires inspirent certaines réserves à V., qui, selon lui, font perdre à la pression moyenne de sa valeur en tant que « constante sphygmomanométrique ». Il cite en particulier un cas où, malgré l'hypertrophie du ventricule gauche, la pression moyenne était normale. V. est d'accord avec Vaquez pour dire que dans l'hypertension les troubles caractéristiques de l'affection sont en relation plus étroite avec la hauteur de la pression moyenne qu'avec celle de la maxima. V. confirme la valeur de la pression moyenne en pratique pour déceler les modifications du régime circulatoire chez les descendants d'hypertendus. C'est une précieuse méthode pour dépister les hypertensions occultes, en particulier chez certains malades présentant des signes rénaux indiquant une sclérose du rein et chez lesquels la mesure de la maxima donne des chiffres normaux alors que celle de la pression moyenne vient révéler l'hypertension latente et confirmer le diagnostic.

P.-L. Marie.

THE LANCET (Londres)

Sir James Portes-Stewart et F. Hocking. ***La sclérose en plaques : observations cliniques et sérologiques pendant un traitement vaccinal*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5664, 19 Mars 1932). — Sir James décrivit il y a deux ans avec miss Chevassut la *spherula insularis*, virus cultivé dans certaines conditions à partir du liquide céphalo-rachidien des malades atteints de sclérose en plaques. Depuis cette époque, l'unanimité s'est faite sur le peu de valeur de cette découverte, l'aspect particulier des cultures de liquide céphalo-rachidien ayant été observé aussi souvent chez les témoins que chez les malades atteints de sclérose en plaques: il ne s'agit certainement pas d'un virus vivant, mais d'une floculation particulière des colloïdes donnant lieu à cet aspect inhabituel. Malgré ces constatations peu encourageantes, P.-S. a continué à soigner des malades atteints de sclérose en plaques par des injections d'un « vaccin » contenant le prétendu virus. Dans cet article, P.-S. expose les résultats obtenus dans 111 cas: il observa souvent des améliorations, mais l'irrégularité de l'évolution de la sclérose en plaques enlève toute valeur théorique à ces résultats. En fait, il s'agit probablement d'une protéinothérapie non spécifique.

R. Rivoire.

T. Jeffcoate. ***La présence d'hormone hypophysaire dans les urines en dehors de la grossesse*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5665, 26 Mars 1932). — J. a fait une série de recherches confirmant celles de Zondek, concernant la présence dans les urines de prolan A et B en dehors de la grossesse.

Le prolan A fut trouvé dans les urines pendant la ménopause, après castration, et dans certains cas de cancers génitaux.

Par contre le prolan B ne fut jamais trouvé, en dehors des cas de chorioépithéliome ou de môle hydatiforme.

De plus J. a pu mettre en évidence du prolan A dans les urines de lapins castrés: cette découverte est fort intéressante, car chez cet animal il n'y a pas de prolan pendant la grossesse; cette constatation tend à prouver que le prolan de la castration et celui de la grossesse ont chez la femme une origine différente. Enfin, dans plusieurs cas de thyroïdectomie subtotale pour Basedow, du prolan A fut observé: ceci venant confirmer l'interrelation intime de l'hypophyse et du corps thyroïde, interrelation actuellement bien prouvée, analogue à celle qui unit glandes génitales et hypophyse.

R. Rivoire.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

J. Mac Guire et P. Zeek. ***Pathogénie de l'œdème chronique héréditaire des extrémités*** [Maladie de Milroy] (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 11, 12 Mars 1932). — M. et Z. publient un cas intéressant d'œdème héréditaire des membres inférieurs, maladie rare et curieuse, dont la pathogénie est tout à fait inconnue. Dans leur cas, il existait un élargissement de la selle turcique et une atrophie des organes génitaux qui fait penser qu'il s'agit peut-être d'une forme un peu particulière de syndrome adiposo-génital, d'une malformation héréditaire de l'hypophyse.

Des biopsies de la peau montrèrent, en outre, des lésions œdémateuses d'un type assez spécial, bien que non pathognomoniques.

Le dosage des albumines du sérum n'a pas été fait, ce qui est regrettable, car Rietti a publié autrefois une observation dans laquelle il existait une inversion du quotient sérine-globuline.

R. Rivoire.

Ball, Greene, Camp et Rowntree. ***Les calcifications dans la tuberculose des capsules surrénales : études radiologiques dans la maladie d'Addison*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 12, 19 Mars 1932). — Depuis quelques années l'attention des radiologistes s'est portée sur le diagnostic de la maladie d'Addison.

Il semble que dans la plupart des cas de tuberculose des surrénales, il existe une calcification ou une fibrose de ces glandes qui les rendent opaques aux rayons X. A la clinique Mayo, où les cas d'Addison ont été nombreux l'an passé, la radiographie des surrénales a été faite systématiquement: dans de nombreux cas, l'existence d'opacités suprarénales a été mise en évidence de façon certaine. Il semble que la radio permet souvent un diagnostic de la maladie d'Addison.

R. Rivoire.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE (Chicago)

H. S. Dielh et C. A. Mc Kinley. ***L'albuminurie chez les étudiants*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 1, Janvier 1932). — La signification de la présence d'albumine dans les urines chez les jeunes gens, en dehors d'autres indices d'altérations rénales, est une question importante sur laquelle les opinions médicales sont partagées, certains auteurs croyant que tous ou presque tous les cas vont de pair avec des lésions rénales tandis que d'autres pensent que cette albuminurie est compatible chez la majorité des sujets avec une existence ultérieurement normale.

L'enquête de D. et M., faite chez 20.000 étudiants de l'Université de Minnesota, a montré de l'albumine (réaction de Heller à l'acide nitrique) dans l'urine de 5,3 pour 100 des sujets examinés une seule fois. 666 sujets ayant présenté de l'albuminurie furent réexaminés: 66 pour 100, soit les deux tiers, n'avaient plus d'albumine (albuminurie transitoire); 13 pour 100 présentaient une


GRANULÉ EFFERVESCENT GOÛT AGRÉABLE
SÉDOBENZYL SALICYLATE DE LITHINE HYD. PIPÉRAZINE
HEXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
EN MILIEU CITRATÉ SODIQUE
DIASCLÉROL
DU Dr GUERSANT
DIATHÈSE URIQUE
HYPERTENSION ARTÉRIO-SCLÉROSE
3 à 6 Cuillerées à café par jour quelques minutes avant les repas.
Echantillons : 26. Rue NORVINS PARIS, 18e
à 5 heures de Paris
VICHY
à 5 heures de Paris
Train de Luxe PULLMAN : PARIS-VICHY et Vice-Versa
TRAITEMENT SPÉCIAL
des maladies du Foie et de l'Estomac
GOUTTE - DIABÈTE - OBÉSITÉ - ARTHRITISME
ÉTABLISSEMENT THERMAL
LE MIEUX AMÉNAGÉ DU MONDE ENTIER
BAINS - DOUCHE de VICHY (massage sous l'eau)
MÉCANOTHÉRAPIE - ELECTROTHÉRAPIE
RADIOSCOPIE - RADIOGRAPHIE
RADIOTHÉRAPIE - Rayons ULTRA-VIOLETS
CURE DE L'OBÉSITÉ par la méthode du Prof. Bergonié
HOTEL RADIO
Maison spéciale de régime sous direction médicale

albuminurie occasionnelle, la plupart des examens restant négatifs; 12 pour 100 avaient une albuminurie persistante; 6,5 pour 100 présentaient des signes indiquant une altération probable des reins. La proportion de ce dernier groupe est si faible qu'on peut dire que l'atteinte rénale est un fait rare chez les jeunes adultes.

Il n'a pas été possible de mettre en évidence de rapport net entre l'albuminurie et la pression artérielle systolique et diastolique, non plus qu'entre l'albuminurie et des antécédents de diphtérie ou d'angines à répétition ou d'amygdales paraissant anormales à l'examen.

Par contre, il existe des relations certaines entre l'albuminurie et le poids, la fréquence du pouls, les antécédents de rhumatisme, la susceptibilité aux rhumes et l'existence de néphropathies dans la famille. Une taille élevée, de la tachycardie, une pression diastolique basse, une susceptibilité exagérée aux infections, des affections rénales chez les ascendants se retrouvent fréquemment chez ces jeunes albuminuriques et font penser que le facteur constitutionnel joue un rôle important dans la production de l'albuminurie et qu'il existe chez les sujets offrant ces caractéristiques une véritable débilité rénale.

P.-L. Marie.

A.-P. Briggs. ***L'acidose dans les néphrites ; sa signification clinique*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 1, Janvier 1932). — B. a étudié l'équilibre acide-base chez des malades atteints de néphrite chronique ne présentant pas de vomissements ni d'œdèmes notables.

Il a constaté que l'état des électrolytes du sérum était très semblable à celui qu'on rencontre après ligature des deux uretères: élévation du taux des phosphates et des sulfates, équilibré approximativement par une baisse des bicarbonates, sans modifications caractéristiques des chlorures. Le taux des bases fixes du sérum est toutefois un peu inférieur à ce qu'il est chez les animaux d'expérience. Il existe un rapport évident entre la rétention des éléments acides inorganiques (phosphates et sulfates) et l'insuffisance rénale. On ne peut incriminer chez ces malades la rétention d'acides organiques (cétones).

Administrant de façon prolongée des acides minéraux à ces brightiques sans œdèmes, B. a vu qu'il se produisait une déperdition de bases plus grande que chez les sujets normaux. Il en a conclu que cette anomalie dans la conservation des bases, et aussi dans celle de l'eau, des chlorures et des autres substances, dépend principalement de l'augmentation de la vitesse d'écoulement du liquide provenant du glomérule à travers les tubuli encore épargnés, et que le rôle essentiel assuré par la production d'ammoniaque est de s'opposer à un excès d'acidité dans l'appareil urinaire.

B. a cherché à appliquer les données expérimentales et ces considérations théoriques à la thérapeutique des néphrites. Le problème du traitement de l'acidose des néphrites est de parer à la déperdition de bases fixes et de limiter l'accumulation des acides phosphorique et sulfurique.

L'administration de calcium semble faire diminuer l'excrétion des phosphates urinaires et la phosphatémie dans les néphrites. Le strontium (carbonate) pourrait faciliter la soustraction d'acide phosphorique et d'acide sulfurique par suite de la formation de sels insolubles dans l'intestin. B. a pu ainsi corriger partiellement l'acidose, mais, ses malades n'ayant que fort peu de symptômes, il n'a pu observer d'amélioration clinique concomitante. De plus, la production fréquente de nausées vient limiter le champ d'application du strontium.

Par contre, l'administration d'alcalins, de même que les régimes riches en bases, ne paraît aucunement favoriser l'élimination des acides phosphorique et sulfurique. Le régime alcalin (légumes et fruits) a pour seul mérite de limiter l'ingestion de ces acides.

P.-L. Marie.

B. M. Fred et **W. Damashek.** ***Agranulocytose expérimentale*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 1, Janvier 1932). — En injectant par voie veineuse au lapin des cultures de *Salmonella suipestifer*, bactérie qui détermine une neutropénie intense chez les animaux infectés, F. et D. ont reproduit des altérations de l'appareil hématopoiétique identiques à celles que l'on rencontre dans l'agranulocytose humaine.

Chez les lapins, qui ont reçu des doses massives de bactéries, on retrouve les réactions observées dans les cas graves d'agranulocytose humaine, neutropénie persistante, nécrose intense de la moelle osseuse sans signes de régénération.

Avec des doses relativement faibles, on constate une formule sanguine semblable à celle qui caractérise la phase de rémission ou de guérison observée parfois chez l'homme, c'est-à-dire l'apparition d'un grand nombre de monocytes et de macrophages (histiocytes) correspondant à la prolifération des cellules réticulo-endothéliales et traduisant la suractivité défensive du système mésenchymateux, processus qui peut, d'ailleurs, n'être qu'éphémère.

Ces expériences ont permis de vérifier le bien-fondé de la conception de Schilling qui, en se basant sur les données cliniques, a décrit dans l'agranulocytose des « déviations régénératives et dégénératives » des leucocytes granuleux. On trouve, en effet, souvent chez l'animal, après une granulopénie initiale, une augmentation des polynucléaires non mûrs dans le sang circulant qui va de pair avec la présence de zones de régénération intense dans la moelle osseuse. D'autre part, il est des cas paradoxaux où l'on rencontre un nombre accru de polynucléaires non mûrs dans le sang alors que la moelle est presque complètement nécrosée. Ceci s'explique par le départ de la moelle des derniers leucocytes non mûrs (« déviation dégénérative » de Schilling).

P.-L. Marie.

W. C. Hueper et **M. Russell.** ***Quelques aspects immunologiques de la leucémie*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 1, Janvier 1932). — Les recherches de Carrel et Ebeling sur l'activité proliférative des leucocytes du sang dans les cultures de tissus ont montré que le sérum homologue possède un effet antiprolifératif marqué à l'égard des polynucléaires et des lymphocytes. H. et R. ont pensé qu'une diminution de l'activité antiproliférative du sérum sanguin pourrait être la cause de l'énorme augmentation des leucocytes dans la leucémie. Aussi ont-ils étudié les effets du plasma normal et leucémique sur l'activité proliférative des leucocytes normaux et leucémiques au moyen de la méthode des cultures de tissus.

Ils ont constaté que le pouvoir antiprolifératif du plasma leucémique n'est pas diminué, mais plutôt la leucémie légèrement accrue par rapport à celui du plasma humain normal. La leucémie myéloïde ne peut donc pas être attribuée à une altération des propriétés antileucocytaires physiologiques du sérum sanguin.

Le plasma de leucémie myéloïde empêche l'émigration des polynucléaires normaux provenant du caillot riche en leucocytes déposé dans la goutte de plasma, ce qui pourrait être dû à la destruction considérable des cellules blanches chez les leucémiques. Cette observation a conduit H. et R. à préparer un sérum antileucocytaire en injectant dans les veines du lapin des leucocytes de leucémie. L'antisérum obtenu altère les propriétés migratrices et proliférantes des leucocytes normaux et leucémiques dans les cultures. Celles-ci permettent un titrage assez précis des propriété cytotoxiques des sérums antileucocytaires.

Dans la leucémie myéloïde des résultats thérapeutiques favorables ont été obtenus dans quelques cas (4 cas sur 11) avec un sérum antileucocytaire non titré, ce qui laisse espérer qu'un sérum de ce genre convenablement préparé et titré pourrait offrir des chances sérieuses de donner des rémissions dans cette affection.

P.-L. Marie.

H. M. Conner, H. M. Margolis, I. M. Birkeland et **J. E. Sharp.** ***Agranulocytose et hypogranulocytose*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 1, Janvier 1932). — C., M., B. et S. relatent en détail 14 cas observés à la clinique Mayo et caractérisés par la leucopénie et la disparition partielle (hypogranulocytose) ou complète (agranulocytose) des leucocytes à granulations.

Leur symptomatologie se montra diverse de même que le siège des lésions. Dans 7 cas, le tableau était superposable à celui décrit par Schultz; 3 autres cas s'en rapprochaient également. Dans 4 cas, l'angine nécrotique faisait défaut; dans aucun d'eux les agents physiques ou chimiques connus pour provoquer de l'agranulocytose n'étaient intervenus. Il semblait toujours s'agir d'une infection à l'égard de laquelle le sujet se montrait peu résistant.

Dans 5 cas on trouva un taux élevé (jusqu'à 39 pour 100) de monocytes (grands mononucléaires et formes de transition) à un moment donné de l'évolution. Or, 3 de ces 5 malades guérirent et il est probable que cette mononucléose est un indice de pronostic moins sombre.

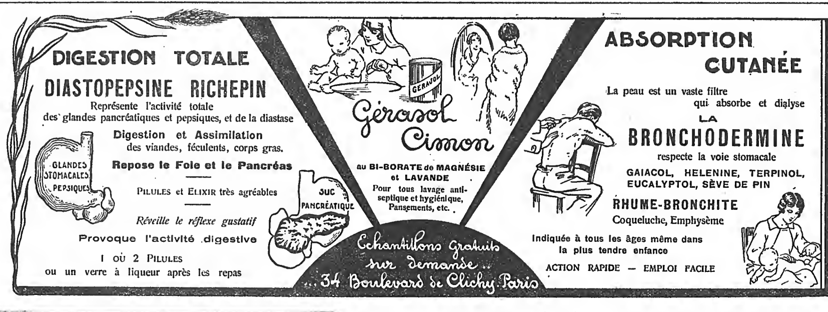
Le pronostic est toujours très grave. La mort survint dans 5 de ces 7 cas d'angine agranulocytaire, dans 1 des 3 cas où l'angine était moins caractéristique et dans les 4 cas d'agranulocytose de forme clinique différente.

C., M., B. et S. pensent que les expressions d'agranulocytose et d'hypogranulocytose n'indiquent pas des entités cliniques, mais simplement correspondent à des types de réaction de l'appareil leucopoiétique à l'égard de divers types d'infection ou d'intoxication. Aucun facteur étiologique commun n'est décelable. Les hémocultures, omises dans 4 cas, furent négatives chez 5 malades. Dans les autres cas, le bacille paratyphique B, le pneumobacille ou un streptocoque hémolytique furent isolés. Dans les lésions de la gorge, on trouva 3 fois la symbiose fuso-spirillaire.

Le traitement a consisté en injections intraveineuses d'extrait leucocytaire, de violet de gentiane et d'acriflavine, en transfusions associées à la radiothérapie et à l'administration de foie fœtal et de moelle osseuse, sans qu'on puisse en déduire de conclusions thérapeutiques.

P.-L. Marie.

A. J. Beams. ***Etude clinique de l'effet des nitrites sur la douleur et sur la motricité du tube digestif*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 2, Février 1932). — On connaît déjà l'action calmante du nitrite d'amyle dans la colique de plomb et dans l'angine de poitrine. B. a étudié chez 60 patients atteints d'ulcères gastroduodénaux, de sténose pylorique, de douleurs liées à l'hyperkinésie gastrique, au spasme pylorique, à l'hyperacidité ou à des crampes intestinales, l'effet exercé par le nitrite d'amyle en inhalation et par la trinitrine (VII à VIII gouttes en général) sur les phénomènes douloureux à point de départ gastrique ou intestinal. Tandis que tous les malades indemnes de lésions organiques furent soulagés, un tiers seulement des malades porteurs de lésions organiques virent leurs douleurs s'améliorer. Avec le nitrite d'amyle l'action est plus rapide, mais elle se prolonge moins. Le nitrite de soude, à la dose de 0 gr. 065. 3 fois par jour, donna des résultats en général moins favorables. Les examens radioscopiques permettent d'établir que le soulagement apporté par les nitrites est lié à la cessation du pé-





L. B. A. — **LABORATOIRE de BIOLOGIE APPLIQUÉE**

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8e

Tél. : ÉLYSÉES 34-64 et 36-45.
Ad. tél. : RIONCAR-PARIS-123.

H. CARRION & Cie

ANALYSES MÉDICALES

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE
DE LA

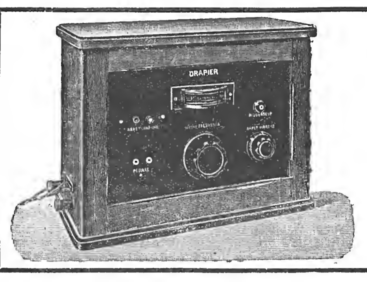
GROSSESSE

MÉTABOLISME BASAL

ANATOMIE PATHOLOGIQUE — BACTÉRIOLOGIE
CHIMIE BIOLOGIQUE — SÉROLOGIE

VACCINS - AUTO-VACCINS

V. BORRIEN, Docteur en Pharmacie de la Faculté de Paris.



LE "TROISAMPÈRE"

Le plus pratique des Appareils de Diathermie courante

ÉCLATEUR SILENCIEUX

RÉGLAGE PAR UNE SEULE MANETTE
SE BRANCHE SUR UNE PRISE DE COURANT ORDINAIRE

DEMANDEZ LES NOTICES DE NOS APPAREILS :

TROISAMPÈRE	NÉODIATHERMIQUE
MICRODIATHERMIQUE	BIDIATHERM
TRIODIATHERMIQUE	*(Pour le traitement simultané de 2 malades.)*
(Modèle à lampe du Dr Bordier.)	ÉLECTRODES DIATHERMIQUES

DRAPIER ÉLECTRICITÉ MÉDICALE - INSTRUMENTS DE CHIRURGIE
41, Rue de Rivoli et 7, bould de Sébastopol, PARIS (Ier)

ristaltisme et à la diminution du tonus. Les échecs sont probablement dus à l'impossibilité qu'éprouve la musculature à se relâcher.

D'autre part, B. a étudié chez 200 sujets, les uns normaux, les autres présentant du spasme, de l'hyperkinésie ou des défauts de remplissage du tube digestif, l'effet des nitrites sur le tonus et la motricité de l'estomac et de l'intestin. Sur ces 200 sujets, 10 seulement ne répondirent pas aux nitrites qui, chez les autres, déterminèrent une abolition du péristaltisme et une diminution du tonus. Les déformations gastro-intestinales liées à des lésions organiques ne furent pas modifiées, mais bien accentuées par suite du relâchement des parties indemnes de l'organe, ce qui permit de différencier une déformation organique d'une déformation d'origine fonctionnelle et de redresser parfois le diagnostic. A cet égard, l'action antispasmodique des nitrites est préférable à celle de l'atropine, tout en n'étant pas encore pleinement satisfaisante.

P.-L. Marie.

A. J. Beams et O. W. Barlow. ***Etude expérimentale de l'effet des nitrites sur la motricité du tube digestif*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 2, Février 1932). — L'action des nitrites sur le tube digestif n'a guère été étudiée expérimentalement jusqu'ici que par Hirschfelder qui a vu que les nitrites amenaient la cessation du péristaltisme chez les animaux atteints de colique de plomb et que leur action ne s'exerçait pas par l'intermédiaire des vaisseaux, mais probablement directement.

Les recherches cliniques de B., tout en ne permettant pas de fixer le mécanisme d'action des nitrites, laissaient entrevoir plusieurs possibilités: action réflexe, action vasculaire, action directe sur le tube digestif.

Les examens radioscopiques faits chez les animaux ainsi que l'observation directe de leur tube digestif après administration de nitrites ne donnèrent guère de renseignements sur le mode d'action de ces substances.

Par contre, en utilisant des fragments d'intestin isolé, B. et B. ont constaté que les nitrites déterminent des modifications nettes des contractions rythmiques et du tonus, ce qui élimine la possibilité d'une action s'exerçant par voie réflexe ou vasculaire et situe le point d'attaque des nitrites au niveau de l'intestin même, sans qu'on puisse dire que le muscle est exclusivement intéressé.

L'inefficacité de l'acétate d'amyle met hors de cause l'intervention de l'ion amyle. L'ion Na est également dépourvu d'action sur les contractions rythmiques. L'action du nitrite de soude s'est montrée moins constante et moins rapide que celle du nitrite d'amyle.

P.-L. Marie.

W. Goldring et H. Chasis. ***Effets toxiques du traitement par les sulfocyanates dans l'hypertension*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 2, Février 1932). — Le traitement de l'hypertension par les sulfocyanates (rhodanates) alcalins jouit depuis quelques années d'une faveur croissante. Or il faut savoir qu'il fait courir de sérieux risques d'intoxication qui ont été signalés à maintes reprises depuis les recherches pharmacologiques de Claude Bernard en 1857. Les manifestations toxiques survenues chez 13 des 50 hypertendus traités par G. et C. et qui dans 2 cas se terminèrent par la mort doivent attirer l'attention sur les dangers de cette thérapeutique.

Dans tous ces cas, il s'agissait d'hypertension essentielle. La dose quotidienne moyenne alla de 0 gr. 17 à 0 gr. 60. La dose totale atteignait 5 gr. 85 à 32 gr. 50 au moment où apparurent les signes d'intoxication. Sur ces 13 malades, 5 seulement avaient vu leur pression baisser d'une façon satisfaisante.

Les symptômes toxiques se montrèrent d'ordinaire dans l'ordre suivant: fatigue musculaire accompagnée ou suivie de nausées; vomissements; désorientation et confusion mentale; aphasie motrice; hallucinations de la vue et l'ouïe; et dans les cas mortels, délire progressif, secousses convulsives, coma et mort. Ce sont les mêmes signes nerveux qui ont été décrits dans l'intoxication expérimentale du cobaye.

La chute de la pression, l'apparition des manifestations toxiques et la mort se montrèrent indépendantes de la quantité de sulfocyanate administrée ou de celle qui fut décelée dans l'organisme.

Les faits observés permettent de dire que chez certains malades, il y a une marge de sécurité très étroite entre la dose toxique et la dose thérapeutiquement efficace. Il semble exister des susceptibilités individuelles aux sulfocyanates. Un des malades qui succomba avait pris 9 gr. 77 en quinze jours. Sa tension n'avait pas été influencée. Il n'avait pas d'azotémie. L'analyse des urines, faite selon une méthode qu'indiquent G. et C., montra qu'il avait retenu dans son organisme 8 gr. 50 du médicament. Tous les tissus donnaient la réaction des sulfocyanates. L'autre cas mortel avait reçu 14 gr. en dix-huit jours sans que la pression ait été notablement modifiée.

P.-L. Marie.

ANNALS OF SURGERY
(Chicago)

A. E. Billings et A. Walkling. ***Plaies pénétrantes de l'abdomen*** (*Annals of Surgery*, tome XCIV, n° 6, Décembre 1931). — Les auteurs étudient 220 cas de plaies pénétrantes de l'abdomen par coup de couteau ou arme à feu, observées de 1909 à 1930.

Les plaies par coup de couteau sont au nombre de 84, avec 25 pour 100 de mortalité. 77 cas furent opérés avec une mortalité de 22 pour 100. Sur les 7 autres cas, il y eut 3 guérisons.

19 des cas guéris n'avaient pas de lésion viscérale. La plaie fut refermée sans drainage dans 20 cas, dont 14 n'avaient pas de lésion viscérale.

Il y avait 136 cas de plaies par arme à feu; la mortalité fut de 55, 14 pour 100, c'est-à-dire le double de celle des plaies par coup de couteau. 114 cas furent opérés avec une mortalité de 48,2 pour 100. Dans 21 cas, les lésions viscérales étaient uniques, dans 32 cas multiples. Dans 3 cas on fit une résection du grêle. 2 cas, où l'on pensait à une lésion viscérale, guérirent sans intervention.

Les auteurs concluent: 1° à l'utilité des transfusions sanguines, et, dans certains cas d'hémorragie grave sans lésion des viscères creux, à la réinjection du sang épanché dans le péritoine; 2° à la nécessité d'un examen complet des viscères au cours de l'intervention, car beaucoup de décès sont dus à des blessures viscérales méconnues.

M. Guimbellot.

J. H. Garlock (New-York). ***Gangrène du doigt après blocage anesthésique des nerfs digitaux*** (*Annals of Surgery*, tome XCIV, n° 6, Décembre 1931). — G. a observé 4 cas de gangrène sèche des doigts consécutive à une anesthésie régionale à la base du doigt par la novocaïne. Dans les 4 cas, il s'agissait d'adultes (43 ans, 29 ans, 29 ans, 22 ans) bien portants, sans affection vasculaire. Les opérations avaient consisté dans deux cas en une extraction d'aiguille et dans les autres en une incision d'une petite collection purulente. Elles avaient duré de 1/4 d'heure à une heure. L'anesthésique employé était de la novocaïne à 1 pour 100 dans 3 cas, à concentration non précisée dans l'autre. Dans aucun cas il n'y avait d'adrénaline. La gangrène fut constatée dès le lendemain de l'opération; elle occupait 2 fois la dernière phalange du pouce, 1 fois la dernière de l'index, 1 fois les 2 dernières du médius.

Dans les 4 cas, il avait été placé à la base du doigt un garrot étroit en caoutchouc et l'anesthésie avait été faite en aval. G. attribue la cause de la gangrène à ce garrot trop étroit et trop serré, entraînant une thrombose des vaisseaux. Il conseille de mettre un garrot plus large et moins serré, ou si l'on veut une hémostase complète, de mettre une bande d'Esmarch.

Il semble plus simple de suivre la technique de Reclus, qui se refusait à mettre un garrot, et obtenait un champ opératoire exsangue par la simple addition d'adrénaline à la novocaïne.

M. Guimbellot.

J. A. Key (Saint-Louis). ***Arthrite hémophilique*** (*Annals of Surgery*, tome XCV, n° 2, Février 1932). — Un garçon de 13 ans entra à l'hôpital pour une tuméfaction douloureuse sur le condyle interne du fémur droit, consécutive à un traumatisme datant de l'âge de 5 ans. On pensa à une déformation traumatique et on fit une arthrotomie, après mise en place d'un garrot. Mais après avoir traversé des tissus fibreux épais, on trouva une synoviale de teinte foncée, contenant du sang noir, et des cartilages érodés. Il s'agissait donc d'une arthrite hémophilique et d'ailleurs l'étude des antécédents montra, après coup, d'autres accidents hémophiliques. Le malade guérit de cette intervention.

L'auteur fait à ce sujet une revue générale complète de l'arthrite hémophilique. Anatomiquement hyperplasie de la synoviale, infiltrée de pigments sanguins; érosions des cartilages; productions des cavités osseuses. Cliniquement, au lieu des 3 périodes de Kœnig, l'auteur n'en décrit que deux : l'hémarthrose et l'arthrite chronique. A ce stade, la radiographie montre: l'opacité des tissus synoviaux, la dépression en cratère des surfaces articulaires, le rétrécissement de l'interligne, des zones de décalcification osseuse.

Le traitement de l'hémarthrose aiguë consiste surtout dans le repos, au besoin même dans un appareil plâtré. La ponction peut être rendue nécessaire par l'intensité des douleurs, mais elle ne va pas sans d'assez grands risques. Au stade d'arthrite chronique, on peut avoir à corriger des déformations articulaires; on ne le fera que si la difformité amène vraiment une gêne considérable, et par des procédés non sanglants. Dans le cas d'hémorragies graves, la transfusion est un des meilleurs moyens de raccourcir le temps de coagulation sanguine. Dans son cas, l'auteur a obtenu une augmentation notable du nombre des plaquettes sanguines par l'ergostérol irradié.

M. Guimbellot.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

F. E. Leivy et T. G. Schnabel. ***Les crises abdominales au cours de l'anémie à hématies falciformes*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 3, Mars 1932). — Les crises abdominales sont un symptôme très caractéristique de l'anémie à hématies falciformes décrite en 1910 par Herrick et dont de nombreux cas ont été publiés depuis chez les noirs des Etats-Unis.

Ces crises consistent en douleurs siégeant à l'épigastre et dans l'hypocondre gauche survenant après les repas et se montrant alors que la maladie est encore latente ou seulement ébauchée. A la période d'état les crises peuvent se rapprocher et devenir très aiguës, s'accompagnant de contracture abdominale et de vomissements qui peuvent conduire à une intervention chirurgicale ou simuler les crises gastriques du tabes, d'autant plus qu'il existe



PEPTO-FER
DU Dr JAILLET
(fer assimilable)

Favorise l'Hematopoièse

Composition : Chloropeptonate de fer

Forme : Élixir

Un verre à liqueur après les repas

Vente en Gros :
DARRASSE, Pharmacien, 13, Rue Pavée - PARIS
R. C. 17602

SINAPISME RIGOLLOT

— RÉVULSION —
RAPIDE ET SURE

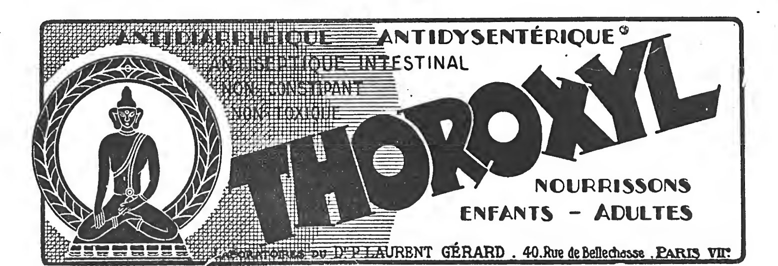
La signature en rouge P. Rigollot se trouve sur chaque boîte et sinapisme

---

POUDRE DE MOUTARDE RIGOLLOT
POUR
USAGE MÉDICAL

CATAPLASMES SINAPISÉS - GRANDS BAINS
BAINS DE PIEDS

Vente en Gros :
DARRASSE, Pharmacien, 13, Rue Pavée - PARIS
R. C. 17602



souvent des ulcérations chroniques des jambes.

L. et S. relatent l'histoire de 3 malades qui présentaient des crises abdominales particulièrement violentes, accompagnées chez l'un d'eux de fièvre élevée, et chez un autre, un enfant de 4 ans, de convulsions et d'état comateux simulant l'épilepsie.

A ce propos, ils discutent la pathogénie de ces crises. Elle est loin encore d'être claire.

On a invoqué l'anoxémie qui accroîtrait le nombre des hématies falciformes; mais l'oxygénation intensive d'un des malades de L. et S. n'a pas modifié la gravité des crises ni le taux des globules anormaux. On a cru que la diminution du p_H sanguin qui détermine *in vitro* la production des déformations globulaires pouvait intervenir; mais ni l'administration de grosses doses de chlorhydrate d'ammoniaque ou d'un régime cétogène n'a provoqué de crises chez les malades de L. et S., ni les doses massives de bicarbonate de soude n'ont pu les modifier. Il ne semble donc pas que la simple présence d'hématies falciformes dans la circulation soit en cause dans les épisodes douloureux.

On ne peut guère incriminer de façon habituelle une atteinte de la vésicule biliaire bien qu'on y ait trouvé parfois des calculs, non plus qu'une thrombose de l'artère hépatique très exceptionnellement constatée. La splénectomie s'étant parfois montrée utile, on a pensé à des infarctus spléniques mais on a vu les crises reparaître après l'opération, comme dans un des cas relatés.

La transfusion ayant donné à L. et S. un succès passager, ils pensent que dans certains cas l'anémie elle-même est responsable des crises.

Les douleurs ressemblant aux douleurs d'origine radiculaire observées dans certaines affections vertébrales et les radiographies ayant montré des lésions d'ostéoporose vertébrale chez un des malades, on pourrait invoquer dans certains cas une origine nerveuse.

En définitive, il ne semble pas qu'une interprétation unique puisse actuellement s'appliquer à toutes les crises abdominales rencontrées dans cette maladie encore très mystérieuse dans sa cause.

P.-L. Marie.

R. A. Cooke. *L'asthme infectieux; arguments en faveur de sa nature allergique* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 3, Mars 1932). — S'il est hors de doute que l'infection microbienne des voies respiratoires puisse causer l'asthme, on a souvent contesté que cet asthme puisse être considéré comme une réaction allergique. C. apporte ici une série d'arguments qu'il estime décisifs pour la solution du problème. Et d'abord, l'asthme infectieux semble être sous la dépendance d'un facteur héréditaire. C. a retrouvé dans les antécédents héréditaires de ses malades atteints d'asthme infectieux des réactions d'allergie dans 45 pour 100 des cas alors que 52 pour 100 des sujets atteints d'asthme anaphylactique en présentaient, ce qui lui permet de dire que l'aptitude à la sensibilisation transmise aux descendants est semblable dans les deux groupes d'asthme. Bien plus, il y a non seulement similitude, mais encore identité dans l'aptitude transmise, l'asthme anaphylactique ou le rhume des foins étant la manifestation allergique le plus souvent décelée dans les antécédents héréditaires.

D'autre part, l'éosinophilie est aussi fréquente dans l'asthme infectieux que chez les asthmatiques présentant des cuti-réactions positives. Or, l'éosinophilie doit être regardée comme un phénomène allergique. Expérimentalement, elle ne se produit que dans les conditions que l'on considère comme favorisant la sensibilisation. C. soutient que la production d'éosinophiles dans l'asthme est un phénomène de sensibilisation comme dans la maladie du sérum ou dans l'anaphylaxie expérimentale. Elle est d'abord locale et d'origine tissulaire, se traduisant par la présence dans les crachats de cellules éosinophiles qui ne sont pas toutes semblables morphologiquement à celles du sang; puis, si l'excitation spéciale est suffisante pour influencer la moelle osseuse, une éosinophilie sanguine se déclenche secondairement.

Entre l'asthme infectieux et l'asthme anaphylactique à cuti-réactions positives, il n'y aurait donc qu'une simple dissemblance dans les modalités des réactions immunologiques.

P.-L. Marie.

F. G. Novy. *Valeur diagnostique et pronostique de la réaction de l'or colloïdal dans la syphilis nerveuse* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 3, Mars 1932). — Les opinions divergeant encore notablement au sujet de la signification de cette réaction dans la neuro-syphilis, en dehors de la paralysie générale, N. a étudié la question chez un grand nombre de malades soigneusement suivis. Il distingue deux types de réactions; l'un caractérisé par une précipitation maximum dans les premiers tubes contenant la plus forte concentration de liquide céphalo-rachidien (type I); l'autre, par une précipitation maximum dans les tubes du milieu de la série renfermant une concentration modérée de liquide (type II). Il distingue, en outre, 5 degrés dans la décoloration de la suspension d'or colloïdal.

Il est arrivé aux conclusions suivantes:

Les syphilitiques indemnes d'atteinte du système nerveux central présentent souvent certaines modifications dans la courbe de la réaction. D'ordinaire le changement de coloration ne dépasse pas le degré 2, mais il peut être plus marqué.

Aucune forme clinique de neuro-syphilis ne donne une courbe constante.

Dans la paralysie générale, on constate dans la grande majorité des cas une courbe du type I, mais une telle courbe ne signifie pas nécessairement paralysie générale, car elle peut se rencontrer dans toutes les formes de neuro-syphilis.

Une courbe du type II n'a pas non plus de valeur diagnostique; elle existe fréquemment dans n'importe quelle forme de neuro-syphilis.

Aucune sorte de traitement antisyphilitique (tryparsamide, malariathérapie, traitement intradural) n'a déterminé de modifications de la réaction assez uniformes pour avoir une signification pronostique. Le type de réaction change souvent chez les malades, qu'ils soient traités ou non. On trouve souvent une diminution de la coloration maximum à la suite du traitement, mais on note aussi des augmentations et ces changements ne marchent pas de pair avec l'évolution clinique.

P.-L. Marie.

PUBLICATIONS OF THE SOUTH AFRICAN INSTITUTE FOR MEDICAL RESEARCH

(Johannesburg)

E. Grasset et A. Zoutendyk. *Recherches immunologiques chez les reptiles. Relations avec l'immunité chez les animaux supérieurs* (*Publications of the South African Institute for medical Research*, tome IV, n° 19, Novembre 1931). — Les recherches de G. et Z. montrent que, du point de vue de l'immunité, les reptiles présentent non seulement des différences très marquées à l'égard des toxines bactériennes et des venins, mais encore que ces différences se rencontrent de nouveau quand on envisage chaque groupe ou même chaque espèce sur un point particulier.

Au point de vue de la sensibilité aux toxines bactériennes, si l'on considère l'intoxication tétanique, les lacertiliens (lézards, caméléons) se montrent les plus sensibles, bien que certaines espèces soient exceptionnellement très résistantes. Puis viennent, dans l'ordre de résistance croissante, les crocodiliens, les ophidiens et enfin les chéloniens (tortues).

Vis-à-vis de la toxine tétanique, ce sont les chéloniens et les crocodiliens qui présentent la plus grande sensibilité, qui est comparable à celle des mammifères. Les lacertiliens sont moins sensibles. Quant aux ophidiens, ils supportent sans dommage des doses énormes de toxine diphtérique. Certains lacertiliens sont tués par de grosses doses de toxine dysentérique, mais en général les reptiles sont très résistants à cette toxine ainsi qu'à la toxine typhique.

Vis-à-vis des venins des vipéridés, ce sont les crocodiliens qui se montrent les plus sensibles, ayant presque la même sensibilité que le cobaye, tandis que les lacertiliens sont beaucoup plus résistants et les chéloniens bien davantage encore. Par contre, vis-à-vis des venins des colubridés, ce sont les chéloniens les plus sensibles (deux fois plus sensibles que le cobaye) alors que les lacertiliens offrent la plus grande résistance, bien qu'elle n'atteigne pas celle qu'ils ont pour les venins de vipéridés.

Un fait caractéristique chez tous les reptiles, c'est la longue persistance des antigènes dans la circulation, des mois chez la tortue.

La température exerce une grande influence sur la sensibilité. Alors que certains reptiles se montrent insensibles, à la température de la chambre, aux injections massives de toxine diphtérique ou tétanique, il suffit de porter la température à 37° pour faire apparaître les phénomènes toxiques spécifiques. De plus, tandis que de longs mois peuvent s'écouler après l'injection sans effets fâcheux si la température est celle de la chambre, quelques heures à 37° peuvent faire éclater une intoxication aiguë mortelle, la période d'incubation se rapprochant de celle des mammifères. D'autre part, un abaissement de température de 6° allonge la période d'incubation et retarde beaucoup la mort.

Chez les reptiles très peu susceptibles, même à haute température, l'injection intracérébrale détermine une intoxication mortelle. La sensibilité du tissu nerveux est donc la même que chez les mammifères et oiseaux dits réfractaires.

Il est très difficile d'obtenir une immunité active chez les reptiles; lorsqu'on réussit, elle ne peut être comparée à celle qu'on réalise chez les mammifères dans les mêmes conditions. Alors que l'introduction de l'antigène chez les mammifères et les oiseaux dits réfractaires déclenche rapidement les réactions d'immunité, il n'en est pas de même chez les reptiles, chez lesquels le phénomène d'immunité doit différer beaucoup de celui qu'on observe chez les mammifères et les oiseaux.

La température n'influence pas la réponse immunologique. On ne peut attribuer cette absence ou cette faiblesse des réactions d'immunité au défaut d'une substance analogue au complément chez les animaux à sang froid.

L'immunité, de même que les autres fonctions biologiques, semble suivre l'évolution et la spécialisation des espèces animales qui a pour résultat une plus grande différenciation et une plus grande sensibilité des cellules spécialisées.

Les reptiles offrent certaines ressemblances avec les oiseaux quant à la transmission héréditaire de l'immunité, l'antigène passant dans les œufs au cours du développement, à l'inverse de ce qui a lieu chez les mammifères où le placenta laisse bien passer les anticorps maternels, mais retient les antigènes, autre résultat de la plus grande spécialisation des organes.

Ces divers phénomènes biologiques, mis en évidence par G. et Z., peuvent nous aider à comprendre certains points fondamentaux dans les étapes successives de l'évolution.

P.-L. Marie.

La maigreur chez les enfants

Nous ne parlerons pas de la maigreur des athrepsiques, mais simplement de celle des enfants grandets et des adolescents. Chez eux, l'amaigrissement peut être récent, accidentel, subordonné à une maladie aiguë ayant fait fondre rapidement le jeune sujet. Ou bien il s'agit d'une maigreur chronique, habituelle, de date ancienne, rebelle à tout traitement, à la physio comme à la chimiothérapie. Dans quelques cas, elle est voulue, liée à l'anorexie mentale des fillettes ou jeunes filles qui, se jugeant trop grasses ou redoutant l'obésité future, se privent de nourriture pour perdre du poids et ne réussissent que trop bien dans leur dessein. Nous avons eu à soigner, en clientèle comme à l'hôpital, une demi-douzaine de jeunes filles entre 12 et 15 ans, atteintes à des degrés divers d'anorexie mentale ou hystérique, les unes non encore réglées, les autres ayant cessé de l'être, toutes nerveuses, émotives, impressionnables, hypersensibles sous des apparences parfois calmes et réservées. Grâce à l'isolement et à la psychothérapie, la guérison fut obtenue, et en quelques semaines une maigreur effrayante fit place à un embonpoint raisonnable.

A côté de cette maigreur recherchée dans le sexe féminin et relevant surtout de la psychothérapie, nous rencontrons, chez les garçons comme chez les filles, une maigreur prolongée, chronique, sans intervention psychique à un degré quelconque. L'enfant, qui, dans le premier âge, avait une nutrition convenable ou même florissante, devient maigre et décharné en grandissant, résorbant son tissu adipeux, laissant voir ses os sous des téguments amincis. Cette maigreur inquiétante ne s'accompagne d'aucun trouble viscéral : rien à l'auscultation du cœur et des poumons, pas d'augmentation du foie ni de la rate, pas de maladie nerveuse, pas d'altération sanguine. Mais, du côté digestif, on trouve quelquefois la dilatation de l'estomac, la constipation, une sensibilité anormale dans la région de Mac Burney (*appendicite chronique*). La micropolyadénopathie généralisée est habituelle, sans que la cuti-réaction à la tuberculine soit positive, sans que les rayons X révèlent des ombres hilaires attestant la tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques. Pas de fièvre. Langue nette. Intelligence normale. L'appétit est généralement diminué, ce qui gêne le traitement par un bon régime alimentaire. Quand on ne peut pas incriminer la tuberculose latente ou l'appendicite chronique, on reste dans le vague quant à l'étiologie de la maigreur, ce qui nous condamne à la simple médication symptomatique.

1° Hygiène générale, aération permanente, héliothérapie ou actinothérapie (rayons ultra-violets) en cas de carence solaire. Vie à la campagne ou à la montagne, sans la fatigue de la marche, des excursions et ascensions. Le séjour au bord de la mer, la thalassothérapie n'est pas recommandable pour les enfants nerveux. Se coucher tôt, se lever tard, dormir la fenêtre ouverte.

2° Alimentation substantielle et variée suivant les goûts de l'enfant, quand ils sont rationnels. Viande rôtie, grillée, jambon, poisson une fois par jour; insister sur les aliments farineux et sucrés : soupes épaisses, légumes, purées, pâtes, compotes, puddings et entremets sucrés, pain grillé ou croûte, pain complet; manger lentement, bien mâcher; boire de l'eau ou du vin sans alcool coupé d'eau.

3° Hydrothérapie chaude; verser de l'eau à 38°-40° sur le corps de l'enfant chaque matin; friction sèche matin et soir sur les parties charnues avec un gant de crin ou une lanière de crin manœuvrée par l'enfant s'il est assez grand pour cela.

4° Un bain par semaine, de 15 à 20 minutes, à 36°-37°, avec un mélange de sels chloro-bromo-iodurés (*bain Carré*) : la demi-boîte dans chaque bain.

5° Prendre avant le repas, deux fois par jour, une cuillerée à café de :

Arséniate de soude	0 gr. 02
Eau bouillie	100 gr.

6° Les dix jours suivants, un des paquets suivants, dans une cuillerée d'eau sucrée ou de confiture, avant les deux repas :

Magnésie calcinée	ãã 0 gr. 10
Chlorure de sodium	
Carbonate de chaux	ãã 0 gr. 20
Phosphate tricalcique	

pour un paquet, n° 20.

7° Après chaque paquet l'enfant boira un verre à bordeaux d'eau de Pougues préalablement débouchée.

8° Pendant l'hiver, huile de foie de morue chez les enfants qui la tolèrent (une cuillerée à soupe tous les matins).

9° Les graines de fénugrec pulvérisées sont utilisées en Orient contre la maigreur : on pourrait en donner 1 à 2 gr. dans une cuillerée de confiture, de miel ou de lait sucré à chaque repas. L'extrait fluide (*biotrigon*) se prescrit, par cuillerées à café (deux par jour).

10° Psychothérapie, agir par persuasion et exiger l'isolement quand le milieu familial semble contrarier la cure. Dans les cas rebelles, injections sous-cutanées d'insuline (10 à 20 unités).

J. Comby.

Conseils à un épileptique adulte

Bornons-nous au cas des comitiaux anciens ; ils sont atteints généralement de troubles mentaux, et, pour eux, le problème qui se pose est avant tout médico-social.

I. — *Médicaments.*

1° Gardénal. — Ces malades en ont tous pris au cours de leur existence. Il faut les mettre en garde contre des doses excessives, leur interdire de dépasser 40 centigr. par jour ; réduire progressivement, en se basant sur la courbe des paroxysmes, leur absorption quotidienne.

Le médecin s'assurera que ces sujets, névropathes, ne se traitent pas d'une manière trop capricieuse par le gardénal ; il en résulterait (si le malade néglige son médicament durant un certain temps, puis le prend à dose massive pour rattraper le temps perdu) une recrudescence de crises, suivie d'une intoxication grave.

Enfin l'on doit se méfier de la toxicomanie barbiturique qui est de plus en plus fréquente aujourd'hui chez ces malades. C'est dire avec quelle prudence ce sédatif quasi spécifique demande à être prescrit.

2° Bromures. — Ils ont donc encore de nombreuses indications. En outre, on peut les administrer sous des formes et des noms variés. Le bromure de potassium s'absorbe sans inconvénients à une dose comprise entre 6 et 10 gr. par jour que l'on déterminera par tâtonnements ; dans les périodes de recrudescence, l'on pourra dépasser ces quantités et mettre le malade au régime déchloruré. Les équivalents, les crises d'excitation psychique seront traités avantageusement par l'association brome-valériane, sous forme de potion contenant chaque jour, par exemple :

Teinture de Valériane	ãã 6 à 10 gr.
Bromure de Potassium	

3° Tartrate borico-potassique. — Médicament de remplacement du gardénal et des bromures, il se prescrit aux doses de 10 à 15 gr. par jour.

4° Opothérapie. — Elle donne d'ordinaire peu de résultats. Chez la femme cependant, si les paroxysmes paraissent avoir un rapport quelconque avec les règles, l'on essaiera les extraits ovariens.

5° Certains épileptiques, dont les crises sont précédées d'auras nettes, recourent à l'emploi du nitrite d'amyle, dont ils inhalent la vapeur de quelques gouttes pour les faire avorter.

II. — *Régime.*

Dans l'ensemble, les régimes cétogènes et déshydratants sont à déconseiller chez un malade qui conserve une certaine activité. On se bornera à proscrire de l'alimentation l'alcool, les viandes fermentescibles, le chocolat et les œufs.

III. — *Genre de vie.*

Autour de lui, l'épileptique supprimera les oreillers, les cols mous avec cravate formant nœud coulant, les cigares et cigarettes, les couteaux et armes de toutes sortes. Il évitera d'accumuler chez lui les médicaments, notamment le gardénal, avec lesquels il pourrait s'intoxiquer au cours d'une absence ou d'un somnambulisme.

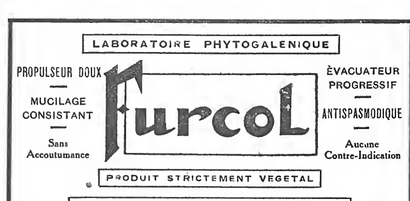
Il choisira une profession qui ne l'oblige ni à nager, ni à circuler, ni à conduire un véhicule quelconque, surtout public, comme un omnibus, une locomotive. La vie d'atelier lui est absolument contraire, du fait des chaudières, des machines, et du tort aussi que lui causerait une crise survenue pendant le travail.

C'est donc vers une besogne de bureau sédentaire, de préférence à son domicile, ou la direction d'une exploitation agricole, que le médecin l'orientera avec le minimum de craintes.

Faut-il permettre à un épileptique de se marier ? En principe, si le conjoint est averti de son infirmité, rien ne s'y oppose. L'épilepsie n'est pas héréditaire. Et, chez la femme, la maternité amène parfois une amélioration considérable. L'on ne donnera avis contraire que dans certains cas : si les crises ont leur origine dans l'alcoolisme ou dans une syphilis; et si le sujet présente des troubles mentaux ou du somnambulisme.

Enfin l'on n'oubliera pas qu'il existe, dans les asiles d'aliénés, des quartiers réservés exclusivement aux épileptiques, où ceux-ci sont protégés contre les conséquences de leurs crises. Il convient d'y envoyer les malades atteints de troubles mentaux, et tous ceux dont la valeur sociale est réduite à zéro.

Georges d'Heucqueville.



LABORATOIRE PHYTOGALENIQUE
PROPULSEUR DOUX
MUCILAGE CONSISTANT
Sans Accoutumance
Furcol
ÉVACUATEUR PROGRESSIF
ANTISPASMODIQUE
Aucune Contre-Indication
PRODUIT STRICTEMENT VEGETAL
Régulateur constant des fonctions intestinales
TÉL. 27.30 ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE TÉL. 27.30
M. FRÉDOUX, Docteur en Pharmacie, Ex-Interne des Hôpitaux de Paris, 47, Rue Carnot, VERSAILLES

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

R. Dalimier. ***Le traitement du cancer par le plomb*** (*Le Progrès médical*, n° 15, 9 Avril 1932).— Blairbell et ses collaborateurs considèrent la cellule cancéreuse comme une cellule adulte qui, sous des influences tissulaires, humorales ou autres, subit un processus de régression totale; elle redevient embryonnaire en reprenant les caractères spécifiques de la cellule du chorion fœtal. C'est en se basant sur cette théorie et sur l'affinité des cellules choriales pour le plomb que l'on a tenté la médication saturnine du cancer.

Les préparations employées sont: une solution de plomb colloïdal injectée par voie veineuse, le plomb colloïdal électrique ou chimique, l'oxyde de plomb colloïdal, le fumarate de plomb.

On a signalé un certain nombre d'intoxications saturnines avec le plomb colloïdal de Blairbell par voie veineuse. Les principales contre-indications sont les cardiopathies, l'insuffisance rénale, l'anémie, l'insuffisance hépatique, l'infection microbienne. En tout cas, le maniement paraît délicat car il y a peu d'écart entre les doses curatives et les doses tolérées.

Si l'on s'en tient aux faits précis publiés, on trouve sur 635 cas de cancers traités par le plomb 59 guérisons vraies, soit 9 pour 100. On est loin de la proportion des guérisons obtenues dans le cancer expérimental. L'incertitude pèse lourdement sur la valeur réelle de la chimiothérapie du cancer humain par le plomb devant les résultats contradictoires: cas heureux de Blairbell et de Cunningham, désastres enregistrés par d'autres. Peut-être est-ce une question de méthode et faudrait-il s'adresser à des formes chimiques plus électives et moins toxiques. Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Marcel Labbé et **M. Fabrykant.** ***Le métabolisme phosphoré dans le diabète*** (*Annales de Médecine*, tome XXXI, n° 2, Février 1932). — Etudiant expérimentalement l'influence de l'insuline sur la répartition des principales formes du phosphore sanguin chez 3 sujets diabétiques, L. et F. n'ont constaté aucune modification ni du phosphore minéral ni des autres formes phosphorées; le taux du phosphore total était également inchangé. D'ailleurs, les réactions phosphatémiques consécutives à l'injection d'insuline ne sont pas constantes, et des substances qui n'interviennent pas dans le métabolisme hydrocarboné peuvent également déterminer une chute du taux du phosphore minéral sanguin.

Dans leurs recherches personnelles sur le diabète humain, aux déterminations du phosphore lipidique et du phosphore minéral, L. et F. ont ajouté celles du phosphore total et du phosphore organique non lipidique. Ils ont employé pour les déterminations du phosphore sanguin la méthode de M. Javillier et M. Fabrykant. Ils ont ainsi examiné 5 cas de diabète sans dénutrition et 6 cas de diabète avec dénutrition, dont quelques-uns à plusieurs reprises. Il ressort de leurs constatations que, dans le diabète, à côté des troubles des métabolismes divers, il existe un trouble du métabolisme phosphoré qui n'est pas limité aux phospholipides seuls. Pour préciser ce trouble, il ne suffit pas de comparer divers malades entre eux et d'établir les moyennes des chiffres obtenus, car celles-ci peuvent se trouver dans les limites normales, mais il est indispensable de suivre l'évolution du phosphore chez un malade en examinant celui-ci à plusieurs reprises et à des périodes différentes. L'examen du phosphore sanguin ne doit pas se borner à la détermination d'une de ses fractions; il doit porter sur toutes les fractions principales du phosphore, les conditions de ces recherches devant par ailleurs être toujours identiques.

L. et F. ont étudié le bilan du phosphore chez une fillette de 5 ans, dont le diabète était compliqué d'une cataracte. Ce bilan total indique une rétention de 150 milligr. de phosphore, ce qui est très peu pour un enfant de 5 ans, en voie de croissance, et bien qu'il n'y eût pas d'hyperphospaturie, malgré un régime riche en phosphore. Cette rétention insuffisante du phosphore était sans doute le résultat d'un trouble du métabolisme de ce métalloïde. L. Rivet.

Noël Fiessinger, François Thiébault et **Joseph Dieryck.** ***L'épreuve de la galactosurie dans les ictères*** (*Annales de Médecine*, tome XXXI, n° 2, Février 1932). — F., T. et D. précisent la technique de cette épreuve de galactosurie provoquée et la nature des renseignements qu'elle fournit. Ils donnent une étude critique des résultats qu'ils en ont obtenus dans les ictères toxi-infectieux, dans les ictères lithiasiques, dans les ictères néoplasiques.

Ces résultats établissent dans certains ictères un trouble dans la traversée du galactose en rapport régulier avec l'atteinte fonctionnelle du foie. Le processus d'hépatite dégénérative entraîne constamment une augmentation du taux global du galactose, mais cette élimination se produit surtout dans les premières heures. On peut dire que l'hépatite dégénérative fait sortir du galactose sans faire sortir de l'eau. C'est la concentration surtout qui importe et, si on tient compte de la quantité totale éliminée, le phénomène perd toute son évidence et toute sa netteté.

L'examen des courbes d'élimination montre que dans les hépatites pures, c'est-à-dire dans l'hépatite aiguë développée sur un foie antérieurement sain, les concentrations proximales sont très élevées, les distales très basses. Dans les hépatites rendues complexes, soit par des lésions préexistantes du foie, soit par l'association d'un autre processus morbide, tel que stase sanguine ou biliaire, les concentrations décroissent beaucoup moins vite au cours des vingt-quatre heures, dessinant une courbe qui se rapproche de l'horizontale. En tout cas, cliniquement, l'épreuve du galactose dans les ictères a toujours épousé étroitement les nuances pronostiques de la clinique.

F., T. et D. comparent cette épreuve avec les autres méthodes d'exploration. Ils proposent un groupement des ictères d'après leurs troubles fonctionnels.

L'épreuve de la galactosurie provoquée, à condition de tenir compte avant tout de la concentration du galactose éliminé, permet donc de déceler l'hépatite. Sa répétition chez un même malade permet non seulement de reconnaître l'existence de l'hépatite, mais encore d'en prévoir l'importance: les résultats obtenus successivement suivent la même courbe que les fluctuations de l'évolution clinique. Les travaux antérieurs de F. sur l'épreuve amphogyre établissent la base scientifique de la méthode. L. Rivet.

LA CLINIQUE
(Paris)

Georges Schreiber. ***La durée d'isolement des scarlatineux*** (*La Clinique*, XXVII[e] année, n° 184, Avril 1932). — Les règlements officiels prescrivent d'isoler les scarlatineux pendant 40 jours. Cette quarantaine classique est-elle justifiée ?

En Septembre 1931, après lecture et discussion des rapports du professeur Van Goër (Lemberg) et du D[r] Lichtenstein (Stockholm) sur *la contagion tardive de la scarlatine et les moyens de l'éviter*, les membres de l'*Association internationale de médecine préventive*, réunis à La Haye, étaient arrivés à cette conclusion, que la durée réglementaire d'isolement des scarlatineux ne semble pas devoir être notablement diminuée dans les cas *ordinaires* et qu'elle doit, au contraire, être prolongée pour les enfants atteints de scarlatine *compliquée*.

L'enquête à laquelle s'est livré G. S., en s'adressant à 12 médecins français et à 12 étrangers autorisés, confirme dans l'ensemble les conclusions formulées à La Haye, mais elle fait voir néanmoins d'une façon très frappante que la majorité des auteurs consultés se montre beaucoup plus large au point de vue de l'isolement des enfants atteints de *scarlatines bénignes*. Or les scarlatines bénignes sont celles qu'on observe le plus fréquemment dans beaucoup de pays.

En Belgique, le professeur Kohen réduit à 21 jours la durée d'isolement des malades atteints de scarlatine bénigne. En Suisse, le professeur Gautier estime que 23 à 30 jours d'isolement sont suffisants en pareil cas. En France, le professeur Marfan permet à ses malades légèrement atteints de quitter la chambre à partir du 27[e] jour, à condition d'observer certaines règles de prophylaxie. En Angleterre, le professeur Rolleston consent à libérer les scarlatineux dès le 28[e] jour, sauf dans les cas compliqués.

Aux Pays-Bas, la scarlatine est bénigne et un isolement de plus de 30 jours ne paraît pas nécessaire au professeur Gorter, pour le malade lui-même, sauf cas particulier.

Sous certaines réserves un grand nombre d'auteurs admettent que pour les formes simples de la scarlatine, et surtout pour les formes très bénignes, la durée d'isolement peut être réduite à une dizaine de jours. Tel est l'avis, notamment en France, de MM. Comby, Debré, du professeur Lereboullet, de M. Pélu, du professeur Tanon, de M. Tissier et à l'étranger, en dehors des pédiatres ci-dessus mentionnés, des professeurs Morquio et Schlossmann, de MM. Bernard Schlesinger et Lichtenstein.

En somme, l'enquête entreprise par G. S. permet de formuler les conclusions suivantes :

1° *Pour la prophylaxie de la scarlatine*, l'isolement de 40 jours peut être maintenu par précaution, si l'on veut éviter tout risque de propagation aux tiers et la quarantaine d'éviction scolaire du malade ne doit pas être modifiée. Il est même nécessaire d'ajouter, que cette quarantaine est insuffisante pour les scarlatines compliquées de rhinopharyngites, d'otites, d'adénites suppurées persistantes, de néphrites ou de rhumatisme scarlatin.

2° A n'envisager que l'*intérêt du malade lui-même*, l'isolement classique de 40 jours paraît excessif dans la grande majorité des cas.

Un isolement de 30 jours semble amplement suffisant sauf en cas de complication. Passé le 25[e] jour, l'absence d'albumine permet d'affirmer que le patient est à l'abri de la néphrite scarlatineuse (Marfan).

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

P. Wilmoth et **J. Baumann.** ***La perforation des ulcères tuberculeux de l'intestin en péritoine libre*** (*Journal de Chirurgie*, tome XXXIX, n° 4, Avril 1932). — L'ulcère tuberculeux, en perforant la paroi intestinale, ne donne lieu, grâce aux adhérences péritonéales, qu'à la formation d'un abcès pyo-stercoral ou à la communication

de deux anses grêles accolées. Mais dans quelques cas exceptionnels, sous l'influence probable d'une évolution rapide de la lésion tuberculeuse, la perforation se fait en péritoine libre. L'orifice péritonéal de la perforation représente le sommet d'un cône d'ulcération à base muqueuse, dont les bords parfois souples sont le plus souvent cartonnés. Sur le péritoine voisin, un semis de granulations, dans le mésentère, de gros ganglions dont l'agent infectieux n'a encore jamais été recherché. Dans la cavité libre, liquide séro-purulent, ou franchement purulent, stercoral, mêlé de débris alimentaires. Les signes sont ceux d'une perforation aiguë de l'intestin, dont la nature peut être révélée par les autres manifestations de l'infection tuberculeuse antérieurement connues.

Le pronostic a pu paraître fatal, mais W. et B. montrent par deux de leurs observations qu'il est au contraire moins sombre que celui de la perforation typhique. De leurs 3 observations, celle de tuberculose diverticulaire mortelle mise à part, les 2 autres ont, en effet, donné un succès opératoire. Dans le premier cas, il y avait un orifice à bords presque souples et du liquide simplement louche, mais, dans le second, la perforation atteignait les dimensions d'une pièce de un franc, et, dans la cavité péritonéale, il y avait du pus mêlé à des matières fécales. Tous deux guérirent sans fistule stercorale.

Le nombre des cas connus est actuellement de 18, avec 3 guérisons opératoires. La perforation siégeait 3 fois sur le gros intestin, 2 fois sur un diverticule de Meckel, sur l'intestin grêle dans les 13 autres cas. Le traitement, laissant de côté la résection, sera simple : suture de la perforation avec adossement à l'incision de la paroi abdominale; un drain dans le Douglas.

P. Grisel.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

Raûl F. Vaccarezza, José Peroncini et **Américo J. Vaccarezza** (Buenos-Aires). ***L'azotémie dans le tétanos*** (*Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, tome III, n° 3, Mars 1932). — On observe fréquemment, chez les tétaniques, une augmentation de l'urée sanguine (20 fois sur 24 observations). Dans quelques cas, l'hyperazotémie atteint des chiffres élevés et s'accompagne de manifestations urémiques mortelles. Le dosage de l'urée sanguine a une signification pronostique considérable dans le tétanos. On ne doit préjuger de la guérison d'un malade sans se servir de cet élément d'appréciation. Le traitement du tétanos doit toujours envisager le danger réel de l'urémie, afin de la prévenir et de la combattre dans la mesure du possible.

La pathogénie de l'urémie tétanique est complexe. Il existe une rétention fonctionnelle ou anatomique, et surtout une production azotée excessive (protéolyse tissulaire exagérée).

Le tétanos est dangereux à la fois par ses paroxysmes et ses contractures, parce qu'il expose le malade à des complications broncho-pulmonaires, et par les troubles qu'il occasionne dans l'équilibre azotémique et glyco-régulateur. Son action toxique ne se limite pas aux centres nerveux, elle s'étend d'une façon directe ou indirecte à d'autres systèmes et organes de l'économie.

L. Rivet.

Donato Vivoli (Buenos-Aires). ***Le rouge Congo comme moyen de diagnostic de la maladie amyloïde*** (*Revue sud-américaine de médecine et de chirurgie*, tome III, n° 3, Mars 1932). — Dans ce travail, qui comporte la relation de 5 observations, V. montre qu'il est possible d'obtenir une coloration vitale de la substance amyloïde, par le rouge Congo; une rétention de rouge dans le sérum sanguin, comprise entre 40 et 100 pour 100, une heure après l'injection, milite en faveur de la probabilité d'une maladie amyloïde.

Normalement, il y a une rétention de colorant par les tissus qui oscille entre 11 et 29,3 pour 100, rétention qui se fait surtout au niveau du foie et du rein. Son élimination commence une demi-heure après l'injection, et se prolonge pendant 8 à 10 jours; on recherche la présence du colorant dans l'urine en filtrant de grandes quantités; on regarde si le papier-filtre utilisé présente de la matière colorante.

Au cours de certains états pathologiques, le rein élimine plus rapidement et en plus grandes quantités, c'est le cas de la néphrose syphilitique et de l'amyloïdose glomérulaire récente.

Dans les cas d'amyloïdose mûre, le colorant disparaît du sérum sanguin, sans qu'on puisse le retrouver dans l'urine.

Dans une observation, 3 mois après la dernière épreuve, l'autopsie révéla la présence dans la rate d'une telle quantité de colorant fixé qu'on avait l'impression que l'injection avait été pratiquée quelques heures seulement avant la mort. Pendant tout ce temps, toute recherche de colorant dans l'urine était restée négative.

Il est donc possible d'obtenir une coloration vitale de la substance amyloïde par le rouge Congo, avec une innocuité et une tolérance parfaites pour le malade, et V. pense que c'est un moyen précieux de diagnostic de la maladie amyloïde.

L. Rivet.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE (Paris)

H. Villard, Ch. Dejean et **J. Temple**. ***Trois cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine, rôle du spasme artériel surajouté*** (*Archives d'ophtalmologie*, tome XLIX, Février 1932). — V., D. et T. rapportent trois observations d'embolie de l'artère centrale de la rétine. Dans la première, syndrome typique, traitement par l'acétylcholine sans résultat. Dans la seconde, même syndrome, amélioration sensible par le même traitement. V = 0,5 à la fin, maintien du résultat. Dans la troisième, insuccès du même traitement. Le rôle du spasme est net dans l'observation II. D'une manière générale, le spasme surajouté se caractérise par des alternatives d'amélioration et d'aggravation comparables au phénomène de la claudication intermittente. La malade II avait présenté, en effet, des éclipses visuelles. En cas de spasme, il faut intervenir assez tôt pour que des lésions définitives n'aient pas le temps de s'installer.

A. Cantonnet.

L. Weekers et **R. Hubin**. ***Guérison spontanée du décollement de la rétine. Quelles sont les possibilités de récupération fonctionnelle d'une rétine décollée*** (*Archives d'ophtalmologie*, tome XLIX, Février 1932). — W. et H. distinguent les cas où une rétine recollée récupère sa fonction et ceux où elle ne la récupère pas. Il faudrait prévoir avant d'intervenir la possibilité de récupération pour distinguer les cas opérables et non opérables. L'ancienneté du décollement joue un rôle, mais il peut arriver qu'un décollement de deux mois ne s'accompagne pas d'altérations rétiniennes visibles (résultat expérimental). Les opérations n'ont donc pas un caractère de grande urgence. On peut chercher avant de les pratiquer la cause générale du décollement et la traiter. On peut même espérer un recollement spontané, mais l'indication opératoire une fois précisée, il devient inutile de temporiser.

A. Cantonnet.

L'ENCEPHALE (Paris)

F. Morel et **J. Weissfeiler**. ***La commissure grise [étude anatomo-clinique]*** (*Encéphale*, tome XXVI, n° 9, Novembre 1931). — Étude portant sur 175 cerveaux. Constante dans la série animale à partir des reptiles, la commissure grise est inconstante chez l'homme, très variable dans ses dimensions.

Elle comprend deux ordres de cellules : 1° cellules du type du centre thalamique interne, pigmentées, à grand noyau pâle; 2° cellules de la formation hyperchromique, sans doute sympathiques (groupe de la commissure grise de Ch. Foix).

L'étude systématique des agénésies de la commissure grise a conduit les auteurs à ces résultats intéressants :

La commissure est constante chez les *idiots*, les *épileptiques*, les *déments précoces* (100 pour 100 des cas).

Elle est absente chez 25 pour 100 des hommes normaux et 10 pour 100 des femmes normales : les *délires hallucinatoires chroniques*, les *démences paralytique* et *sénile*, ne modifient pas ces proportions.

Au contraire, dans la classe des *psychoses alcooliques*, l'agénésie se rencontre dans la proportion de 30 à 50 pour 100.

Il semble donc que la commissure grise se montre constante dans les arrêts de développement, les dégénérescences. Faut-il, comme Macedo, admettre aussi que son absence signifie déséquilibre des instincts? Les auteurs cherchent une loi plus explicative de son agénésie fréquente chez les alcooliques.

G. d'Heucqueville.

C. Halberstadt. ***Un cas atypique de psychose présénile*** (*Encéphale*, tome XXVI, n° 9, Novembre 1931). — L'auteur rapporte l'observation d'une malade de 51 ans, tombée, deux ans après la ménopause, dans un état dépressif atypique, avec crises névropathiques, puis phase de stupeur, idées délirantes de négation ou de satisfaction. Guérison après cinq ans d'internement et de démence apparente.

H. discute les diagnostics de mélancolie présénile, de schizophrénie tardive, de catatonie autonome cyclique. Il s'arrête à celui d'accès polymorphe, déclanché, sur un terrain manifestement dégénératif, par l'involution présénile.

G. d'Heucqueville.

J. Pavlow. ***La psychologie et la pathologie de l'activité nerveuse supérieure*** (*Encéphale*, tome XXVI, n° 9, Novembre 1931). — Essai remarquable d'assimilation aux phénomènes d'excitation et d'inhibition, obtenus chez l'animal par le mécanisme du réflexe conditionnel, des syndromes de la pathologie mentale humaine.

P. a rendu anxieux, psychasténiques (il dit « neurasthéniques ») des chiens auxquels il avait fait subir des *chocs* (réflexes conditionnels excitants et inhibiteurs se suivant de près). Il a pu ensuite les guérir par une cure bromurée.

D'autres chiens, traités pareillement, sont devenus « hystériques » (stuporeux). C'est la réaction inhibitrice, qui atteint son maximum dans le sommeil hypnotique. Certains de ces animaux ont été améliorés par la greffe testiculaire.

P. estime que ces faits mettent d'accord les psychologues atomistes et les dynamistes : cette partie spéculative de son article est assurément moins indiscutable que la partie expérimentale.

G. d'Heucqueville.

J. de Massary. ***L'alexie*** (*Encéphale*, tome XXVII, n°s 1 et 2, Janvier-Février 1932). — Revue générale très complète des travaux publiés

sur la question. L'auteur classe les cas rapportés en cas d'alexie pure et cas d'alexie compliquée. Les symptômes surajoutés les plus fréquents sont alors : la désorientation spatiale, l'agnosie, l'apraxie, l'acalculie, l'agraphie, des éléments aphasiques. En revanche l'hémianopsie, constante dans l'alexie pure, disparaît dans l'alexie compliquée.

A ces deux syndromes correspondent deux localisations anatomiques différentes. L'alexie pure traduit des lésions restreintes de la base du lobe occipital : lobules lingual et fusiforme, splénium du corps calleux. L'alexie compliquée correspond à des lésions étendues, intéressant le pli courbe, le gyrus supramarginalis, voire les circonvolutions pariétales et les noyaux lenticulaires.

M. montre que les deux thèses classiques de Déjerine et Pierre Marie s'opposent moins sur le terrain anatomique que sur le terrain psychologique. P. Marie rejette l'alexie pure, mais l'expérience des blessures de guerre semble prendre sa doctrine en défaut.

G. d'Heucqueville.

A. Obrégia, A. Dimolesco et **S. Constantinesco.** ***Syndrome infundibulo-tubérien avec troubles mentaux complexes par tumeur supra-sellaire*** (*Encéphale*, tome XXVII, n° 2, Février 1932). — Nouvelle observation de tumeur infundibulaire, ayant évolué en six mois. Début par un affaiblissement psychique ressemblant à celui de la paralysie générale : dépenses inconsidérées, conflit avec la police. En outre, dysarthrie, céphalées, inégalité pupillaire, atrophie des nerfs optiques. Liquide céphalo-rachidien normal. Agrandissement de la selle turcique visible sur les radiographies de profil.

Les troubles mentaux ne s'amendent pas. Le malade devient instable, logorrhéique, hyperémotif, sans gros déficit intellectuel appréciable par les tests. Puis il se met à fabuler. Enfin, au cinquième mois, il tombe dans une somnolence presque constante. On note alors de l'hyperthermie, de l'hypotension artérielle (10-6), de la polyurie, de la glycosurie. Hémianopsie bitemporale. Amblyopie.

L'opération tentée doit être interrompue, la tension artérielle défaillant. Mort des suites opératoires.

La tumeur prélevée à l'autopsie comprimait l'infundibulum (aux dépens duquel elle était développée), les voies optiques et les pédoncules. Elle était constituée par des boyaux épithéliaux d'origine épendymaire, séparée des noyaux tubériens par une capsule. Ces noyaux ne présentent que des lésions très discrètes. L'écorce frontale et occipitale au contraire montre des dégénérescences cellulaires (chromatolyse, turgescence, hyper-pigmentation). O., D. et C. refusent de voir en elle le substratum des troubles mentaux. La dysarthrie relèverait de la compression pédonculaire.

G. d'Heucqueville.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

Prophylaxie de la délinquance juvénile (Numéro spécial, *L'Hygiène mentale*, t. XXVII, n° 2, Février 1932). — A. Répond expose le fondement du service médico-pédagogique créé dernièrement dans le Valais. Sur 65 enfants confiés au service, il a compté 19 pour 100 environ de pervers constitutionnels, délinquants récidivistes. Les facteurs desquels dépend le succès de la cure sont encore très mal connus : R. fait une grande place à la psychanalyse.

Heuyer, Mlle Serin, Mme Morinson et Baille retracent l'activité du patronage de Vaugirard relié à la clinique de neuro-psychiatrie infantile). Pour tout enfant, délinquant ou non, un dossier est établi qui comporte : 1° enquête sociale; 2° niveau mental et profil; 3° examen méideal; 4° examen psychotechnique (vision, force musculaire, habileté motrice, temps de réaction, etc.). Les placements sont d'ordre surtout agricole et familial, mais non exclusivement. Les résultats, dans l'ensemble, sont les suivants : 25 pour 100 de redressements complets, 50 pour 100 de réadaptations partielles; 25 pour 100 d'échecs : ces derniers ont été enregistrés d'ordinaire dans le placement des imbéciles et des instables.

II. Van Etten publie son rapport (au Comité pour la diminution du crime) sur l'établissement Oberlin, consacré à la rééducation des jeunes garçons en danger moral ou délinquants. Voici les caractères très originaux de cette institution : pavillons séparés, abritant de petits groupes de pensionnaires. Education guidée de près par la psycho-pédagogie. Maximum de vie sociale développée dans les groupes.

L'œuvre de rééducation entreprise en Belgique est la première en date (loi de 1912) et en activité. J. Abramson et H. Kopp décrivent dans le détail le centre d'observation de Moll (délinquants), l'institution de Rixensart, le centre de santé de Bruxelles (œuvre privée).

G. d'Heucqueville.

LE NOURRISSON
(Paris)

Robert Debré et **François Lévy.** ***Le spasme du sanglot et son diagnostic*** (*Le Nourrisson*, tome XX, n° 2, Mars 1932). — D. et L. proposent de donner le nom de « spasme du sanglot » à une variété particulière de convulsions du nourrisson, succédant toujours à une crise de sanglots, qui aboutit à l'apnée et à la perte de connaissance et s'accompagne de raideur et de secousses convulsives. Ce « spasme du sanglot » n'est en réalité que l'exagération d'un phénomène physiologique : le nourrisson qui perd le souffle en pleurant.

D. et L. réunissent 14 observations d'enfants présentant ce spasme du sanglot. Leur histoire pathologique est réduite au minimum. On note 2 cas d'hérédité convulsive, 1 cas d'hérédo-syphilis, 4 cas à antécédents obstétricaux un peu particuliers.

L'âge de l'enfant, lors de la première crise, se répartit entre 4 mois et 2 ans. La persistance des crises au delà de 3 ans est exceptionnelle. La guérison sans séquelles a été la règle, réserve faite pour une observation où l'épilepsie vraie a succédé au spasme du sanglot.

Le pronostic est donc favorable mais ce spasme peut revêtir une allure dramatique, au point que l'on pourrait craindre pour la vie de l'enfant si l'on n'était pas averti. Il est souvent confondu avec d'autres spasmes et convulsions dont il importe de le séparer : épilepsie du nourrisson, convulsions hyperpyrétiques et surtout convulsions de la spasmophilie (laryngo-spasme).

Les 14 cas réunis par D. et L. font partie d'un groupement important d'observations personnelles présentées dans la thèse de L. et concernant 69 enfants ayant eu des convulsions essentielles dans les deux premières années de leur vie. Ces convulsions se répartissent ainsi :

14 spasmes de sanglot, soit 20 pour 100.
18 convulsions spasmophiles, soit 26 pour 100.
13 convulsions hyperpyrétiques, soit 19 pour 100.
24 cas de mal comitial, soit 35 pour 100.

Au point de vue thérapeutique le chlorure de calcium, les rayons ultra-violets, les stérols irradiés, les autres vitamines, le bromure, le gardénal, le luminal, la psychothérapie ont été prescrits sans modifier de façon appréciable le nombre des crises de ce spasme particulier.

G. Schreiber.

REVUE ODONTOLOGIQUE
(Paris)

Gérard Maurel. ***La lithiase de la glande sous-maxillaire et du canal de Warthon*** (*Revue odontologique*, tome CIII, n° 4, Avril 1932). — M.
1° Insiste sur la multiplicité des calculs ;

2° Revient sur l'idée classique de la plus grande fréquence des calculs du canal : « la proportion des calculs de la glande et des calculs du canal lui paraît à peu près la même » ;

3° Rapporte les examens histologiques de Grand-claude montrant dans la lithiase glandulaire la dégénérescence scléreuse de la glande, avec disparition du tissu noble ;

4° Pense qu'il est toujours possible de mettre radiographiquement en évidence les calculs malgré leur nature phosphatique et leur peu d'opacité aux rayons X ;

5° Croit que les cas de lithiase ancienne provenant d'un calcul situé dans la partie postérieure du canal s'accompagnent presque toujours de sous-maxillite chronique. L'ablation du calcul canaliculaire met rarement fin aux accidents infectieux glandulaires. Aussi, après un temps d'observation qu'il ne faut pas trop prolonger, il est souvent nécessaire de s'attaquer à la glande sous-maxillaire elle-même.

C. Ruppe.

Fay. ***Du rôle des glandes endocrines dans l'évolution dentaire*** (*Revue odontologique*, tome CIII, n° 4, Avril 1932). — F. montre la nécessité de ne pas exagérer le rôle des glandes endocrines qui reste encore obscur sur tant de points. Il ne veut accorder de valeur qu'à ce qui cadre avec les acquisitions certaines de la physiologie normale de ces glandes.

La difficulté du problème s'explique assez par l'interaction des glandes endocrines, par l'inconstance des résultats de l'opothérapie, par l'action bienfaisante des thérapeutiques agissant sur le sympathique ou sur l'activité des échanges, par la multiplicité des causes des lésions et anomalies dentaires, ces causes pouvant toucher en même temps les dents et les endocrines sans qu'il y ait interdépendance entre elles.

L'*hypothyroïdie* ralentit l'évolution et la croissance dentaire, d'où retard dans l'éruption des dents temporaires, avec nanisme dentaire, absence possible de certaines dents. F. ne croit pas que la gingivite expulsive, les caries fréquentes soient directement en rapport avec l'hypothyroïdie.

Dans le dysfonctionnement des *parathyroïdes*, aucune observation dentaire n'a été rapportée de façon précise.

Chez les *hypothymiques*, les dents permanentes sont d'aspect juvénile, laiteuses, transparentes, à bords festonnés, aisément érodées et cariées.

L'*hypophyse antérieure* agit sur la croissance des os de la face et de la mandibule. Le rôle des *surrénales* est hypothétique. Celui des *glandes génitales* est loin d'être établi, car toutes les dents, sauf la dent de sagesse, poussent avant que cette fonction endocrinienne ne se soit établie. Dans les cas de puberté précoce, avec éruption précoce, il faudrait savoir si la cause du développement génital anormal n'est pas aussi celle du développement inattendu du corps entier.

C. Ruppe.

LA PEDIATRIA
(Naples)

Amos Foa (Turin). ***L'épreuve de l'hématoxyline dans le liquide cérébro-spinal*** (*La Pédiatria*, 40e année, tome VI, 15 Mars 1932). — Diverses substances colorantes ont été utilisées comme réactifs pour l'étude du liquide céphalo-rachidien, no-

tamment le bleu de méthylène, la fuchsine basique ou acide, l'uranine, l'encre de Chine, etc. En 1929, Dardani préconise l'emploi de l'hématoxyline qui ajoutée au liquide céphalo-rachidien fournit des résultats positifs dans les méningites purulentes, tuberculeuses, syphilitiques, et parfois dans la poliomyélite; des résultats négatifs dans les encéphalopathies (encéphalites, épilepsie, maladie de Little) et dans les cas normaux.

F. a repris cette étude en utilisant une solution aqueuse d'hématoxyline à 0,5 d'hématoxyline cristallisée pour 100 cmc d'eau distillée, portée à ébullition. Cette solution ne peut servir plus d'un mois. On verse 1 cmc du réactif dans une éprouvette de 0 cm. 5 de diamètre contenant 2 à 3 cmc du liquide céphalo-rachidien. Au point de contact, on voit se former un anneau violet qui au bout de quelques heures se diffuse dans la masse totale de liquide.

Le liquide étant tenu au repos à la température ambiante, on lit les résultats au bout de vingt-quatre heures. Le résultat est positif lorsqu'on constate la formation d'un réticulum à mailles très fines disposé horizontalement et occupant toute ou presque toute la lumière de l'éprouvette. Le résultat est négatif, lorsque le liquide reste limpide.

F. a soumis à cette épreuve de l'hématoxyline 40 liquides céphalo-rachidiens prélevés sur des enfants malades ou bien portants. Il a pu constater que les résultats étaient positifs dans 6 méningites purulentes, dans 2 hydrocéphalies avec syphilis congénitale, dans 10 méningites tuberculeuses. L'épreuve est restée négative dans les autres cas pathologiques (4 éclampsies, 4 maladies de Heine-Médin, 2 tétanos, 1 encéphalomyélite, 1 tumeur du cervelet, 1 épilepsie, 1 pneumonie, 1 encéphalite typhique, 1 glomérulonéphrite) et aussi chez deux enfants sains.

G. Schreiber.

C. Gabriele (Naples). ***Modifications du taux de la cholestérine dans le sang des enfants soumis à la cure tuberculinique*** (*La Pediatria*, 40e année, tome 6, 15 Mars 1932). — Après avoir rappelé les propriétés de la cholestérine et les multiples travaux qui lui ont été consacrés en ces dernières années, G. communique le résultat de ses recherches personnelles effectuées sur des enfants soumis à la cure tuberculinique.

Chez les enfants atteints d'une infection tuberculeuse à localisation ignorée, d'une tuberculose ganglionnaire trachéo-bronchique ou séreuse évoluant avec de faibles oscillations thermiques mais avec cuti-réaction de Pirquet et intradermo-réaction de Mantoux positives, le taux de la cholestérine du sang est un peu inférieur à la normale, oscillant entre un maximum de 1,66 et un minimum de 1,50 pour 1.000.

Au cours de la cure tuberculinique, qui dans ces cas peut être considérée comme une des meilleures méthodes de traitement spécifique, on constate une élévation variable, mais constante, du taux de la cholestérine. Dans 4 cas, l'augmentation a été de 0,16 à 0,23 pour 1.000; dans 2 de 0,13, dans 1 de 0,09, dans 1 de 0,04 et dans un seul de 0,02 pour 1.000.

Ces deux chiffres les plus bas ont été relevés chez des enfants scrofuleux. Ils confirment les constatations faites par Mercurio et basées sur des observations nombreuses. Selon ce dernier auteur, la cure tuberculinique ne fournit que des résultats médiocres dans les lésions scrofuleuses, et parfois même, en pareil cas, elle est mal tolérée.

L'augmentation du taux de la cholestérine dans le sang est en rapport avec une amélioration de l'état général et elle corespond avec une augmentation du poids des enfants.

G. Schreiber.

BULLETINS et MÉMOIRES de la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE BUCAREST

E. C. Craciun, N. Visineanu et **N. Gingold** (Bucarest). ***Microgranulomatose généralisée au cours d'une récidive tardive de rhumatisme polyarticulaire aigu à évolution fatale*** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Bucarest*, 14e année, n° 1, Janvier 1932). — C., V. et G. rapportent l'observation d'un jeune homme de 18 ans, ancien mitral, atteint d'une violente attaque de polyarthrite rhumatismale récidivante avec nouvelle atteinte du cœur déterminant par la suite des lésions myocardiques graves avec fibrillation auriculaire et grande insuffisance irréductible, et mort subite.

A l'autopsie, outre une maladie mitrale ancienne avec épaississement et rigidité des deux valves soudées entre elles, on constata des micro-granulomes lymphoïdes dans le myocarde, le foie, les reins et l'adventice des vaisseaux avec tendance à la prolifération diffuse des cellules de Kupfer, des cellules septales du poumon, des cellules glomérulaires du rein, des réticulums de la rate et des ganglions lymphatiques. Nodules d'Aschoff dans le myocarde. Pas de lésions parenchymateuses aiguës, sauf pour les tubes rénaux.

Les recherches de Klinge confirment la spécificité des nodules d'Aschoff, nodules histiocytaires situés dans les interstices du myocarde et plus souvent tout près de l'endocarde. L'ubiquité de ce granulome rhumatismal démontre que le rhumatisme polyarticulaire aigu est bien une maladie panorganique à lésions disséminées dans presque tous les organes, dont l'atteinte rhumatismale reste cliniquement muette. Il s'agit toujours d'après Klinge au premier stade d'une lésion élective et nécrotique du tissu conjonctif, suivie d'une prolifération et d'une infiltration lympho-histiocytaire (2e stade), aboutissant à la formation de cicatrices (3e stade). Ces lésions se présentent sous les mêmes aspects dans tous les organes: petits nodules microscopiques plus ou moins bien délimités.

Pour Klinge, il s'agirait non pas de lésions déterminées directement par la présence d'un certain virus, mais simplement de lésions allergiques.

Tel n'est pas l'avis de C., V. et G. qui admettent que ces lésions font partie de l'histiopathologie du rhumatisme articulaire aigu.

M. Guibé.

A. Radovici et **N. Visineanu** (Bucarest). ***Paralysie des nerfs sciatiques par embolie artérielle consécutive à la bismuthothérapie*** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest*), 14e année, n° 1, Janvier 1932). — Il s'agit de deux malades chez lesquels une injection de bismuth en solution huileuse a déterminé, en même temps qu'une gangrène de la région fessière, une paralysie de la jambe correspondante.

Ces injections pratiquées suivant les règles, alors que d'autres injections semblables avaient été bien tolérées, donnèrent lieu presque immédiatement à une douleur irradiée à la jambe jusqu'à l'extrémité des orteils et à une impotence fonctionnelle du membre. Tandis que la douleur fessière s'atténua en quelques jours, à mesure que se constituait la zone de mortification, la douleur périphérique s'accentuait de plus en plus, prenant l'allure d'une douleur causalgique localisée surtout à la plante du pied.

La paralysie et l'atrophie musculaires s'atténuèrent, étendues aux muscles postérieurs de la cuisse, aux muscles de la jambe et de la plante. Au bout de quelques heures, le réflexe achilléen était déjà aboli.

L'anesthésie sous toutes les formes occupe chez le premier malade le territoire cutané du grand et du petit sciatique: elle est limitée chez le deuxième malade à la face dorsale et à la plante du pied.

L'évolution ultérieure, par l'électrodiagnostic, par l'atrophie musculaire progressive, la persistance de l'anesthésie et les troubles circulatoires a confirmé l'existence d'une lésion du tronc nerveux à la partie supérieure de la cuisse.

Ces lésions ne peuvent s'expliquer que par une injection de la masse bismuthique dans l'artère fessière, avec reflux jusque dans le territoire de l'artère ischiatique et l'artère nourricière du nerf sciatique. L'oblitération de l'artère fessière a provoqué la nécrose ischémique de la fesse; celle de l'ischiatique, la nécrose du nerf sciatique.

Comme conclusion, R. et V. recommandent de ne pas enfoncer trop profondément l'aiguille jusqu'à l'os pour ne pas piquer l'artère fessière et de toujours aspirer avant de faire l'injection. Enfin, on choisira parmi les préparations bismuthiques celles de petit volume; avec celles-ci, même si une embolie artérielle se produisait, elle n'aurait que des conséquences bien moins sérieuses qu'avec de grandes masses.

M. Guibé.

MÜNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Munich)

S. Van Leeuwen, J. Booy et **J. Van Niekerk.** ***Etude de l'action physiologique du « vent du sud »*** [*Electricité atmosphérique et vent du sud*] (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 11, 11 Mars 1932). — Les conditions météorologiques de la ville d'Insbruck facilitent l'étude du vent du sud, car il est possible de dissocier l'action de ses divers éléments. Le vent du sud sec et chaud peut, en effet, être déjà perçu par les sujets sensibles alors qu'il passe en réalité au-dessus de la ville, c'est-à-dire lorsque l'atmosphère est encore humide et fraîche.

Cette période précédant les modifications météorologiques complètes est donc particulièrement intéressante à étudier. L'auteur note d'ailleurs que quelques personnes sensibles pourront pressentir le vent du sud alors qu'il ne pourra être météorologiquement mis en évidence.

Les recherches sur l'influence du vent du sud ont jusqu'ici porté essentiellement sur des données électriques. C'est l'augmentation de nombre des ions et la conductibilité électrique plus élevée de l'atmosphère qu'on a incriminées dans le déterminisme des accidents.

La charge électrique de l'atmosphère comporte des petits ions constitués par les complexes moléculaires et des ions plus volumineux qui sont les noyaux poussiéreux jouant un rôle dans la condensation aqueuse du brouillard ou de la pluie.

Chargés d'électricité, ces ions se déplacent du pôle positif au négatif, les petits beaucoup plus rapidement que les gros, de telle sorte que la conductibilité électrique de l'atmosphère est essentiellement conditionnée par les petits ions.

Or, la mesure systématique de la charge électrique comportant les grands et les petits ions n'a fourni nulle modification caractéristique durant la période précédant ou accompagnant le vent du sud.

L'étude des atmosphères closes, et surtout des atmosphères enfumées, est plus importante encore. Dans de telles chambres, le nombre des poussières et des grands ions croît considérablement, de telle sorte que la conductibilité électrique devient presque nulle. Ainsi, toutes les manifestations pathologiques qui ne régressent pas dans une pièce enfumée ne peuvent être mises sur le compte des modifications électriques de l'atmosphère.

Enfin, un instrument spécial, destiné à capter les ions et à dessécher l'air, a été expérimenté dans

une pièce où se trouvaient des sujets sensibles au vent du sud. Les modifications de l'électricité atmosphérique n'ont nullement influencé les malaises que présentaient ces malades, alors qu'il suffit d'un déplacement de quelques kilomètres hors de la zone éventée pour faire disparaître tous les troubles.

Dans ces conditions, les auteurs croient pouvoir affirmer l'absence de tous liens de causalité entre les variations de l'électricité atmosphérique et les manifestations déterminées chez certains sujets par le vent du sud.

G. Dreyfus-Sée.

R. Flinker. Manifestations pathologiques dues à *la suppression d'atropine* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 14, 1er Avril 1932). — F. publie les observations de 2 malades parkinsoniens traités par l'ingestion d'une solution à 0,5 pour 100 de sulfate d'atropine (3 fois par jour XXV gouttes dans un cas, et 3 fois par jour XVIII gouttes dans l'autre). La suppression brusque de la médication amena chez ces 2 sujets, en 8 à 13 heures, des manifestations pathologiques: malaise, vomissements, vertige, sueurs, salivation. Les troubles persistèrent 24 heures et ne cédèrent que par ingestion de belladonne, puis reprise de la dose habituelle d'atropine.

Il s'agissait donc bien de manifestation due à la privation brusque du médicament et il importe d'avertir les malades soumis à ce traitement des inconvénients qui résulteraient d'une interruption accidentelle.

G. Dreyfus-Sée.

S. Pesopoulos. *Un cas d'œdème de Quincke avec fièvre élevée et ecchymoses cutanées* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 14, 1er Avril 1932). — Chez un malade présentant une nervosité excessive, P. a eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises un syndrome clinique assez particulier. A la suite d'une émotion vive, le sujet présentait un violent accès fébrile, puis survenait une crise d'œdème de Quincke localisé essentiellement dans les régions palpébrales, et bientôt accompagné d'ecchymoses cutanées au niveau de la même zone. La fièvre cédait habituellement très vite, dès le début de l'œdème. Diverses hypothèses étio-pathogéniques peuvent être discutées à propos de ce malade, mais l'auteur croit devoir incriminer surtout un déséquilibre neuro-végétatif primordial, et rappelle le rôle du système nerveux sur la régulation thermique ainsi que sur certains troubles brusques et transitoires analogues aux œdèmes et même aux ecchymoses présentées par le malade.

G. Dreyfus-Sée.

Storm Van Leeuwen et C. de Lind Van Wijngaarden. *Asthme, bronchites et rhumes dans leurs rapports avec les époques de l'année* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 15, 8 Avril 1932). — Depuis longtemps les auteurs avaient noté une recrudescence de l'asthme durant la période qui s'étend du milieu de Septembre au milieu de Novembre.

En 1930 et 1931, ils se sont efforcés par une étude systématique de confirmer leurs impressions.

En 1930, la période défavorable avait commencé de façon assez brusque mi-Septembre, et avait duré 6 à 8 mois.

Sur 100 asthmatiques examinés comparativement au printemps (15 Mai-15 Juillet) et en automne, l'aggravation a été manifeste dans 45 cas, nulle dans 50 cas et enfin 5 malades ont eu des crises plus fréquentes au printemps.

Cette influence saisonnière a paru aussi marquée dans chacun des groupes considérés isolément: sujets sensibles aux allergènes atmosphériques (70 pour 100), aux substances alimentaires, à l'aspirine (10 pour 100) ou aux microbes infectants.

En 1931, les recherches statistiques ont porté sur 300 asthmatiques et une enquête par voie de presse a fourni 7.500 réponses de sujets non asthmatiques.

2 périodes différentes sont à considérer:

La première phase aiguë débute vers le 8 ou 10 Août. L'aggravation des asthmatiques coïncide avec de très nombreux rhumes et des bronchites exceptionnellement fréquentes chez les sujets sains. A noter que, durant cette période, les malades, passant les nuits dans les chambres privées d'allergènes, n'ont vu survenir nulle modification dans leur état.

La deuxième phase commence progressivement vers la mi-Septembre. Elle a été précédée d'une petite épidémie de rhumes contagieux, qui fit de nombreuses victimes.

A l'inverse de la précédente, cette recrudescence asthmatique s'est fait sentir, quoique à un moindre degré, dans les chambres sans allergène.

Ces faits, quoique basés sur des statistiques aussi précises que possible, ont encore besoin de vérification.

L'auteur conclut cependant en insistant sur l'intérêt de ces notions météoro-pathologiques dans l'étude étiologique de l'asthme.

Il ne lui paraît pas possible actuellement de proposer une explication logique de ces phénomènes.

G. Dreyfus-Sée.

BRUNS' BEITRAGE zur KLINISCHEN CHIRURGIE (Berlin-Vienne)

Kment et Salus (Prague). ***Pachyméningite hypertrophique*** (*Bruns'Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLIV, 2 Décembre 1931). — L'article de K. et S. contient trois intéressantes observations de chirurgie médullaire, chez des malades atteints de pachyméningite hypertrophique.

I. — Un homme de 22 ans a présenté, en 1926, pendant son service militaire, une suppuration des méninges cérébrales et il s'est agi très vraisemblablement d'une méningite épidémique. Après sédation des phénomènes aigus, sont apparues brusquement des douleurs dans l'hémithorax droit avec poussée fébrile, puis de violents maux de tête. Six semaines après, surviennent des fourmillements dans les deux jambes avec parésie et une rétention d'urine pendant quarante-huit heures. L'état s'améliore au début de 1927, mais le malade ne peut cependant marcher qu'avec des béquilles; nouvelle aggravation au moins de Juin. A cette époque, il présente une paraplégie spasmodique avec Babinski bilatéral et une abolition complète de la sensibilité à tous ses modes remontant jusqu'à la région inguinale. La ponction lombaire montre une hyperpression du liquide céphalo-rachidien avec hyperalbuminurie. Le lipiodol descendant montre un arrêt de D^4 à D^9. On pose le diagnostic de méningite adhésive entre D^3 et D^8 et on intervient sous anesthésie locale.

Laminectomie de D^2 à D^6; pas de pulsation méningée. La dure-mère est recouverte de granulations brun rougeâtre; il existe de fortes adhérences entre la moelle et les méninges; excision de la dure-mère sur la hauteur de trois vertèbres; par sondage entre la moelle et les méninges on peut se rendre compte qu'il n'y a plus d'adhérences sur une hauteur de 12 cm., tant vers le haut que vers le bas. Suture soignée des parties molles en laissant les méninges ouvertes. Dans les jours suivants, disparition des troubles paralytiques dans les deux jambes, puis l'état s'aggrave; réveil d'une infection méningée à méningocoques qui emporte le malade (due au microbisme latent) quatre mois après.

II. — Femme de 53 ans, présentant des signes de syphilis hépatique. Au début de 1928, elle ressent des douleurs dans les deux omoplates avec gêne dans les mouvements de la tête. Au mois d'Avril 1928, la marche devient impossible, puis rétention d'urine et enfin troubles douloureux dans les deux membres supérieurs. Ces troubles évoluent vers une véritable tétraplégie. La myélographie montre un arrêt du lipiodol à partir de la troisième vertèbre cervicale.

Sous anesthésie générale à l'éther, on fait une laminectomie de C^4 à C^6. La dure-mère est épaissie, et sans battements. Incision de la dure-mère; entre elle et la moelle, il existe de fortes adhérences. Excision partielle de la dure-mère et suture des parties molles en laissant la brèche méningée ouverte.

L'examen histologique de fragment enlevé à montré des lésions d'inflammation chronique, sans aucun caractère spécifique.

Amélioration post-opératoire très rapide; rétrocession progressive des troubles moteurs jusqu'à une guérison à peu près complète; amélioration très marquée des troubles sensitifs.

III. — Un homme de 17 ans est pris de douleurs brusques dans la région sacrée en Septembre 1930, en battant du blé. En Octobre, apparition de troubles moteurs dans les jambes, puis de troubles douloureux dans la région costale droite. Rétention d'urine pendant 48 heures. L'examen neurologique montre l'existence d'une paraplégie spasmodique.

L'examen au lipiodol par ponction sous-occipitale montre un arrêt à la hauteur de la 8e dorsale.

Sous anesthésie locale, on pratique le 24 Décembre 1930 une laminectomie de D^8 à D^{12}. Sur toute l'étendue de la laminectomie, la dure-mère est épaissie et privée de battements. Incision, puis excision de la dure-mère qui est séparée de ses fortes adhérences avec la moelle. Suture des parties molles seulement.

L'examen histologique a montré un simple processus d'inflammation chronique.

Disparition rapide des troubles après l'intervention. Revu le 1er Mai 1931, le malade était tout à fait bien portant à part quelques légers troubles testiculaires.

Ces trois observations se rapportent à la pachyméningite hypertrophique, décrite par Charcot en 1869. Dans l'étiologie de cette lésion, on retrouve soit la syphilis, soit une cause infectieuse ou toxique. Les symptômes sont ceux d'une tumeur médullaire avec troubles de compression. La ponction lombaire permet de constater l'hyperpression et l'hyperalbuminurie; la myélographie après lipiodol descendant permet le diagnostic exact de localisation en hauteur. Le traitement chirurgical consiste en une laminectomie, puis excision de la dure-mère épaissie qu'il faut libérer des adhérences médullaires. On comprend assez mal la conduite de certains chirurgiens qui ont préconisé la suture de la dure-mère, après ablation de sa partie épaissie. Il est préférable de laisser la dure-mère ouverte, en suturant très soigneusement les parties molles.

Les auteurs font suivre leur article de 16 autres cas (opérés par d'autres chirurgiens) avec 10 améliorations ou guérisons.

J. Sénèque.

Behrend. *Résultats éloignés des résections gastriques pour ulcère* (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLIV, n° 3, Janvier 1932). — Dans le laps de temps compris entre 1920 et 1929, 400 résections gastriques pour ulcère ont été pratiquées à la clinique, 216 opérés ont pu être revus à distance; les résultats éloignés portent donc sur 54 pour 100 des cas opérés. A part 35 cas, opérés entre 1920 et 1923 et pour lesquels on a pratiqué une résection type Billroth I, dans tous les cas c'est à la résection type Billroth II que l'on a eu recours. Sur cet ensemble de résections on peut

dire que les résultats éloignés sont bons dans 181 cas, soit 84 pour 100; médiocres dans 30 cas, soit 14 pour 100; mauvais dans 5 cas, soit 2 pour 100.

Les meilleurs résultats sont obtenus, d'une manière générale, quand on trouve à l'intervention des lésions très manifestes, ulcères indiscutables, souvent calleux et pénétrants.

Dans les résultats dits médiocres, la résection avait été pratiquée dans 7 cas alors qu'il n'y avait pas d'ulcère constatable, et il est très probable qu'il s'agissait ici d'une gastrite diffuse. Dans ce groupe, il y a prédominance de malades asthéniques et de sexe féminin.

Dans les mauvais résultats enfin, en même temps que l'ulcère, les malades présentaient une autre affection : cyphoscoliose, diabète, psychopathie, interventions antérieures, etc.

La récidive de l'ulcère a été notée dans un cas, après une résection type Billroth I; on pratiqua alors un Billroth II et le malade est depuis guéri. Chez un autre malade, apparurent 5 ans après un Billroth II de nouveaux troubles gastriques; il s'agissait d'un nouvel ulcère haut situé, sur la petite courbure.

Sur l'ensemble des 216 résections, 16 malades (soit 7,4 pour 100) avaient auparavant subi une gastro-entérostomie.

L'auteur déconseille la résection, quand on ne trouve pas de manière certaine un ulcère lors de l'intervention; il n'intervient pas en période d'hémorragie; quand l'ulcère est perforé, il pratique la simple suture et n'y adjoint jamais la gastro-entérostomie. Par contre, si la perforation est récente et le malade dans de bonnes conditions, on peut pratiquer une résection type Billroth II, que l'auteur considère comme le meilleur type de résection gastrique.

J. Sénèque.

Büttner. ***Nouvelles contributions au diagnostic et à la pathologie chirurgicale des ligaments de l'ombilic; le hoquet comme symptôme du ligament falciforme*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLIV, n° 4, Février 1932). — L'existence d'un ulcère prépylorique pénétrant dans le ligament falciforme avait, il y a deux ans, attiré l'attention de l'auteur sur les ligaments de l'ombilic; Schmieden et Peiper s'étaient, de leur côté, orientés vers une maladie spéciale du ligament falciforme, affection ayant une symptomatologie particulière.

D'après Büttner, la triade symptomatique serait la suivante: douleurs dans le voisinage de l'ombilic, sensation de pesanteur rétrosternale avec expectoration (sans vomissement), hoquet. De ces trois symptômes, le hoquet est le plus important et le plus caractéristique.

La première observation de l'auteur, antérieurement publiée, concerne le cas d'un ulcus prépylorique pénétrant dans le ligament falciforme et guéri par une résection type Billroth II.

Dans la deuxième, il s'agissait d'une femme de 26 ans présentant les symptômes radiographiques d'un spasme sus-diaphragmatique de l'œsophage. L'auteur se contenta de sectionner le ligament falciforme avec péritonisation des moignons; il n'y avait aucune lésion sur les organes du voisinage. Guérison.

Dans le troisième cas, le malade présentait des symptômes de colique hépatique, mais l'auteur diagnostiqua en plus une lésion du ligament falciforme. A l'intervention, il trouva une vésicule avec plusieurs calculs et fit une cholécystectomie, mais, comme le ligament falciforme était en même temps très développé, il fit une ténotomie sur ce ligament.

Les observations IV, V et VI ont trait à de petites hernies ombilicales dans lesquelles l'auteur considère que les troubles observés relèvent en grande partie du ligament falciforme.

Dans l'observation VII, il s'agit d'un malade opéré avec le diagnostic d'appendicite; le malade n'ayant pas été amélioré, B. pensa à une lésion du ligament falciforme, probablement par hernie supra-ombilicale. L'incision du ligament confirma le diagnostic.

Dans le dernier cas, enfin, il s'agissait d'une frange épiploïque qui, partant de la vésicule, se dirigeait vers la gauche du côlon transverse et présentait des phénomènes de torsion.

Malgré tous les symptômes décrits par l'auteur, nous n'avons pas été absolument convaincus de cette pathologie spéciale du ligament falciforme et des observations nouvelles et précises nous paraissent nécessaires pour confirmer ces hypothèses.

J. Sénèque.

Seifert. ***Le côté chirurgical du purpura abdominal de Henoch*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLIV, n° 4, Février 1932).

Observation I. — Une petite fille de 10 ans, dans les antécédents de laquelle on note simplement un ictère un an auparavant, présente depuis deux semaines des douleurs abdominales et depuis une semaine des douleurs articulaires. On aurait remarqué, quelques jours avant, la présence d'un peu de sang dans les selles. A l'heure actuelle, il n'y a aucune modification anormale du côté de la peau, mais cependant quelques globules rouges dans les urines. La formule sanguine en ce qui concerne les globules blancs est de 13.000. On pense alors à la possibilité d'un purpura de Henoch et cette pensée s'affirme les jours suivants quand au troisième jour apparaissent sur l'épaule gauche deux taches hémorragiques. Au quatrième jour: douleurs abdominales avec contracture, vomissements, fièvre, leucocytose (18.000); on pense à une appendicite ou à une invagination sans tumeur palpable.

A l'intervention: appendice sain; exsudat brun jaunâtre dans la grande cavité; l'iléon terminal est épaissi avec hémorragies sous-séreuses sur 20 cm. environ. On pense qu'il s'est agi d'une invagination avec réduction spontanée et l'on ferme la paroi. Deux jours après évacuation d'une selle avec sang rouge et noir, tandis que les signes du purpura s'accentuent.

Observation II. — Enfant de 8 ans, du sexe masculin, pris brusquement de douleurs abdominales avec vomissements et arrêt des matières. Il est vu seulement au troisième jour et l'on constate l'existence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite, se laissant repousser au voisinage de la ligne médiane. Présence de taches purpuriques sur tout le corps. Température normale. Formule sanguine: 20.000 globules blancs.

A l'intervention on découvre une invagination iléo-cæco-colique, non réductible; il faut réséquer la tumeur et l'on termine par une iléo-transversostomie termino-latérale. Mort quelques heures après.

A propos de ces deux observations, S. insiste sur les complications abdominales au cours du purpura de Henoch, son étiologie dans l'établissement d'une invagination intestinale, le diagnostic d'avec l'appendicite.

J. Sénèque.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

(Londres)

Mellanby et **Lee Pattison.** ***Influence d'un régime sans céréales, riche en vitamine D et en calcium, sur la carie dentaire des enfants*** (*British medical Journal*, n° 3715, 19 Mars 1932). — Dans des recherches précédentes, M. et P. avaient étudié l'influence de différents régimes sur les caries dentaires. Ils avaient remarqué qu'un régime riche en ergostérol (vitamine D) empêchait d'une façon générale, la carie dentaire des enfants mais que dans certains cas celle-ci s'étendait malgré le régime. Au cours de leurs recherches, ils avaient été frappés par ce fait que les enfants diabétiques, au régime des céréales, avaient la dentition en mauvais état. D'autre part, ils avaient vu expérimentalement, que les céréales, notamment l'avoine, empêchaient l'action de la vitamine D, dans la calcification des dents de jeunes chiens soumis à ces expériences.

Pour toutes ces raisons, M. et P. donnèrent à un groupe de 32 enfants pendant six mois un régime sans céréales, mais riche en vitamine D et en calcium. Les dents de ces enfants étaient en mauvais état et présentaient des caries commençantes. Ce régime empêcha l'extension des caries, mieux que ne l'avait fait précédemment un régime où la vitamine D était présente en grande quantité mais était accompagnée de pain et d'autres aliments à base de céréales.

André Plichet.

Murray et **A. Robertson.** ***Signification et origine de l'acide lactique contenu dans le suc gastrique*** (*British medical Journal*, n° 3717, 2 Avril 1932). — Pendant de nombreuses années, la composition exacte du suc gastrique fut discutée. Plusieurs explications furent données de la présence simultanée de l'acide chlorhydrique et de l'acide lactique. Longtemps on pensa que ce dernier provenait de la fermentation des aliments sucrés. Sa présence devait être considérée comme normale pendant la première demi-heure de la digestion et pathologique après ce temps.

M. et R. ont repris l'étude de cette question. Sur 50 malades, après repas d'épreuve, ils ont retiré le suc gastrique de quart d'heure en quart d'heure et ont identifié à l'aide de réactions spéciales les acides. La présence d'acide lactique a été décelée dans 74 pour 100 des cas. Il s'agissait surtout de cas où l'hyposécrétion était manifeste, mais on trouva également l'acide lactique dans des cas d'hypersécrétion. Il est donc difficile d'attribuer à la présence de cet acide une signification clinique quelconque.

La production d'acide lactique serait due à l'action du B. acidi lactici, qui se rencontre même dans les estomacs parfaitement normaux.

André Plichet.

BRITISH JOURNAL OF RADIOLOGY

(Londres)

A. Piney (London). ***Transformation d'une leucémie myéloïde chronique en leucémie aiguë; contribution à l'étude du « myéloblaste » et à la nature du processus leucémique*** (*British Journal of Radiology*, Nouvelle série, V, n° 52, Avril 1932, p. 289-310). — L'accord n'est pas encore fait, en ce qui concerne la nature des leucocytes primaires non granuleux. P. à l'occasion d'une leucémie myéloïde chronique s'étant terminée sous forme de leucémie aiguë reprend cette question.

Il commence par passer en revue les différentes hypothèses concernant la nature des globules blancs; depuis Pappenheim, on admet que le sang est une sécrétion mixte des organes hématopoïétiques. Dans cette hypothèse, les altérations leucémiques essentielles proviendraient non du sang même, mais des tissus formateurs; les causes de ces altérations seraient : l'infection, les suites d'infection, un trouble de corrélation, une néoplasie.

P. discute successivement ces quatre causes principales : 1° Sans être prouvée, la théorie de l'infection, en raison d'aspects à type leucémique du sang dus certainement à l'infection, est tentante. 2° Aucune base sérieuse ne paraît pouvoir justifier la théorie d'une infection antérieure. 3° L'hy-


les ceintures "SULVA"
sont les seules qui contribuent au succès de la thérapeutique générale des
PTOSES VISCÉRALES
BIEN-ÊTRE ESTHÉTIQUE
CONFORT
EFFICACITÉ
SIMPLICITÉ
réduction obtenue par l'adaptation du nouveau modèle de pelote pneumatique à expansion progressive.
BI SULVA
ne comprime pas le côlon n'atrophie pas les muscles
BERNARDON . 18 Rue de la Pépinière - PARIS (8e)
Catalogue et littérature franco sur demande

pothèse d'un trouble de corrélation des tissus est très fragile; seule l'existence de leucémies, à type surtout lymphoïde, chez les radiologistes, serait en faveur de cette hypothèse, mais Evans ne voit là qu'une coïncidence et ce n'est que sur des bases très fragiles que Noegeli a mis en cause les altérations de la balance endocrinienne. 4° L'hypothèse d'une néoplasie est celle qui retient le plus longuement Piney; c'est aussi celle qui rencontre le moins d'obstacles; en effet le tissu hématopoïétique réagit dans son ensemble et c'est tout le tissu myéloïde qui est atteint et non pas seulement la moelle des différents os. En somme les leucémies pourraient être considérées comme une sarcomatose diffuse frappant tout le tissu hématopoïétique. Accepte-t-on cette hypothèse, il en faut conclure que les cellules caractéristiques de chaque forme de leucémie diffèrent des cellules normales. P. rappelle les différentes suppositions relatives à la nature des cellules lymphoïdes non granuleuses; celles-ci, d'ailleurs, pour tous les auteurs, sont des éléments très peu évolués et l'évolution de l'affection s'avère d'autant plus grave qu'elles sont plus abondantes (cf. néoplasies).

L'observation que rapporte P. est celle d'une femme de 58 ans, d'aspect anémié, cela depuis 18 mois, mais sans manifestation précise et couchée seulement depuis 15 jours, avec une grosse rate, une légère glycosurie vite contrôlée par le traitement, des pétéchies cutanées depuis 10 jours, une petite hémorragie rétinienne droite, subfébrile.

Sang, 600.000 G. B.; formule sanguine de leucémie myéloïde avec 71 pour 100 de cellules de forme anormale; dans l'ensemble signes cliniques graves, pronostic réservé dès ce moment. Traitement par les rayons X (rate et moelle osseuse); après 4 séries de traitement, 5 mois après le premier examen amélioration notable; G. B. 20.000; 17 pour 100 de cellules anormales. Un mois plus tard, nouvelle aggravation de l'état général : grosse rate, gros foie, râles crépitants, bouche sèche, fièvre; 122.000 G. B. 47 pour 100 anormaux; nouveau traitement par les rayons suivi de disparition de la fièvre et d'amélioration de tous les symptômes; 15.000 G. B., 14,4 pour 100 anormaux. Cependant l'état ne tarde pas à s'aggraver de nouveau, de multiples symptômes surviennent et la malade meurt 15 jours environ après le dernier traitement par les rayons. Les derniers jours si la formule leucocytaire s'est peu modifiée, par contre on a noté une augmentation considérable des hématies nucléées.

P. donne dans tous leurs détails les examens macroscopiques et microscopiques faits post-mortem.

P. n'a pu relever dans cette observation aucune cause infectieuse ou traumatique.

Il est difficile, à la lumière de ce cas, d'envisager l'étiologie de la leucémie et ceci est peu surprenant si on invoque la théorie néoplasique. Il faut admettre que le caractère essentiel des leucémies est un trouble de croissance qui n'atteint qu'un seul système de l'organisme et qu'il peut s'agir d'un trouble qui atteint, non un groupe anatomique, mais bien un groupe fonctionnel (Weith); il conviendrait alors d'envisager le sang comme constituant un organe fonctionnel unique malgré la multiplicité de ses sources d'origine.

MOREL-KAHN.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

H. B. Friedgood. ***Les effets du liquide de Lugol sur la leucémie lymphoïde chronique et les déductions qu'on en peut tirer concernant la pathogénie du goitre exophtalmique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 4, Avril 1932). — Le taux du métabolisme basal peut être exagéré dans bien d'autres états que le goitre exophtalmique, en particulier dans la leucémie lymphoïde ou myéloïde, dans l'érythrémie, dans l'anémie pernicieuse, dans l'hypertension essentielle, dans l'acromégalie, dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu. Inversement, toutes ces affections, y compris le goitre exophtalmique, peuvent se voir sans qu'il y ait consommation accrue d'oxygène.

Le liquide de Lugol exerce une influence heureuse sur les manifestations du goitre exophtalmique. De même, dans l'anémie pernicieuse, l'acromégalie et l'érythrémie, il fait baisser le taux du métabolisme basal et diminuer la rapidité du pouls. Et pourtant l'iode n'a aucun effet sur le métabolisme basal ni sur le rythme du pouls chez les sujets normaux, pas plus qu'il n'amène la diminution du métabolisme basal exagéré ni de la tachycardie lors de l'hyperthyroïdie expérimentale réalisée par l'administration de substance thyroïdienne.

F. a étudié spécialement l'influence du liquide de Lugol dans la leucémie lymphoïde chronique. Chez ses 10 malades, il a toujours trouvé un métabolisme basal élevé, mais il n'existait pas de tachycardie significative. Les symptômes de cette affection se rapprochent de ceux du goitre exophtalmique, mais la ressemblance n'est que qualitative, et non quantitative. Ils sont bien moins intenses dans la leucémie lymphoïde, même quand l'élévation du taux du métabolisme est semblable. C'est l'indice que le taux du métabolisme basal et les autres manifestations de ces affections (instabilité émotionnelle, tachycardie, exophtalmie et signes oculaires associés, sueurs, phénomènes de vaso-contriction) dépendent dans une large mesure d'un trouble fondamental commun à toutes et que l'augmentation du métabolisme basal n'est pas responsable des manifestations cliniques constatées. Ce trouble fondamental semble résider dans un état d'hyperactivité du sympathique et les phénomènes qui en résultent paraissent varier indépendamment les uns des autres, sous des conditions encore ignorées.

Les règles qui conditionnent la réponse du goitre exophtalmique au traitement iodé s'appliquent à la leucémie lymphoïde; toutefois cette réponse est moins fréquente dans cette dernière. Chez un certain nombre de leucémiques, l'iode amène une rémission des symptômes, une diminution temporaire du métabolisme basal, et de la fréquence du pouls, une réduction transitoire des adénopathies et du chiffre des leucocytes, et même parfois de la splénomégalie. Toutefois l'iode peut accroître la tendance aux hémorragies, faire baisser le nombre des globules rouges et causer une exagération paradoxale des symptômes qu'il calme d'ordinaire, sans qu'on puisse en fournir une explication.

Les effets spécifiques favorables de l'iode au cours de ces diverses maladies ne s'exercent pas vraisemblablement par l'intermédiaire de la thyroïde. Un des effets les plus frappants de l'iode dans le goitre exophtalmique et dans la leucémie lymphoïde est son action sédative sur les symptômes d'hyperactivité du sympathique et il semble que l'action spécifique de l'iode soit étroitement liée à la physiologie du système sympathique. Tout fait penser que le goitre exophtalmique n'est pas dû à une maladie de la thyroïde, mais que le sympathique joue un rôle de premier plan dans la pathogénie du syndrome de Basedow, et probablement aussi est un facteur important dans la leucémie lymphoïde.

P.-L. MARIE.

E. H. Rynearson et **H. W. Woltman.** ***Torticolis spasmodique. Résultats de la suppression des foyers infectieux et de la vaccinothérapie spécifique*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 4, Avril 1932). — R. et W. ont fait une enquête portant sur 82 sujets atteints de torticolis spasmodique qui avaient reçu un traitement médical.

L'affection avait débuté en moyenne à 39 ans et les symptômes remontaient en moyenne à 5 ans lorsque les malades étaient entrés à la Clinique Mayo. Chez ceux qui continuaient à souffrir du torticolis, la durée moyenne de l'affection remontait à 12 ans; par contre, chez ceux qui se déclarèrent complètement guéris, elle n'était que de 3 ans et demi. Chez 54 pour 100 des patients l'amélioration avait été nulle; 19 pour 100 étaient totalement guéris; 27 pour 100 améliorés. 51 pour 100 des malades chez lesquels on avait supprimé des foyers infectieux, dentaires, amygdaliens, etc., se trouvaient guéris ou améliorés, tandis que la proportion était seulement de 36 pour 100 chez ceux qui n'avaient pas été traités de la sorte, différence qui plaide en faveur de la suppression des foyers infectieux.

Les résultats de l'enquête n'ont pas permis d'établir la valeur de la vaccinothérapie spécifique.

P.-L. MARIE.

A. H. Rowe. ***L'anaphylaxie alimentaire et le diagnostic différentiel des symptômes abdominaux*** (*The American Journal of the medical Sciences*), tome CLXXXIII, n° 4, Avril 1932). — Une grande variété de symptômes gastro-intestinaux peuvent relever de l'anaphylaxie alimentaire. Parmi ceux-ci, R. cite les ulcérations tenaces du tube digestif affectant la bouche, l'estomac ou l'intestin, l'état saburral de la langue, le ballonnement, les éructations, le pyrosis, la pesanteur gastrique, les nausées, les vomissements, les indigestions, les coliques, la colite muqueuse, la diarrhée, la constipation, la rectite, le prurit anal, les douleurs siégeant dans les différentes régions de l'abdomen et pouvant simuler une affection abdominale aiguë ou chronique : ulcus gastrique, cholécystite, appendicite, colique néphrétique ou même occlusion intestinale, dont la cause est alors un œdème angio-neurotique, ce qui a conduit à mainte intervention injustifiée. Par ailleurs, l'anaphylaxie alimentaire peut être à l'origine de troubles généraux : asthénie, nervosité, migraines, etc.

Aussi faut-il penser à l'anaphylaxie alimentaire en présence de tout malade digestif. On la dépistera par une étude minutieuse des antécédents héréditaires et personnels qui souvent révèle des manifestations d'allergie (asthme, rhume des foins, urticaire, migraine, susceptibilité à divers aliments etc.), par un examen clinique et radiologique approfondi, ce dernier fait en excluant le lait, agent fréquent d'anaphylaxie, du repas baryté. On se souviendra de l'avertissement d'Osler qui déconseille les interventions chirurgicales chez les malades présentant à la fois un syndrome abdominal et un érythème cutané. On fera des cuti-réactions aux différents aliments, tout en se rappelant qu'elles sont souvent négatives dans ces cas, et l'on aura surtout recours aux essais de régimes exclusifs, procédé long, mais sûr, pour arriver à connaître les aliments qui doivent être incriminés.

P.-L. MARIE.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Hopkins. ***Moniliase et moniliides*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XXV, n° 4, Avril 1932). — Depuis la découverte de *Monilia albicans* dans le muguet, cette levure a été retrouvée dans d'autres affections cutanées : l'intertrigo interdigital, la paronychie, la perlèche, l'intertrigo et la vulvite diabétique; on a aussi observé des moniliases des muqueuses : de la langue, de la vulve, du gland, de la conjonctive. On a retrouvé des Monilia dans certaines diarrhées tropicales.

H. rapporte l'observation d'un enfant de 8 ans, atteint de perlèche, d'alopécie, et de placards érythémato-squameux et pustuleux à bords serpigineux en divers points du corps : cuir chevelu, pli interfessier, entre les doigts et les orteils, à la face autour de la bouche, au creux poplité, sur l'avant-bras. La culture des selles montra la présence de *Monilia albicans*, qui fut également trouvé sur la muqueuse bucco-linguale, autour de la bouche; aux orteils, on trouva *Monilia candida;* aux mains, au creux poplité, aux ongles, le résultat fut négatif; la culture du sang fut également négative.

Le fait que *Monilia albicans* ne put être décelé dans certaines lésions de la peau semblerait montrer qu'il ne s'agissait pas d'une véritable moniliase cutanée. Mais ces lésions cutanées purent être reproduites par l'injection d'extraits stériles de *M. albicans*. H. pense donc que chez cet enfant les lésions de la peau furent causées par une réaction sur des zones cutanées sensibilisées à des substances spécifiques absorbées par le tractus gastro-intestinal très infecté par *M. albicans*: il s'agit en d'autres termes de *moniliides*.

Pour soutenir que *M. albicans* est bien la cause des lésions cutanées, H. s'appuie sur les faits suivants : la culture de la bouche et des fèces montra une infection grave du tube gastro-intestinal par ce champignon. Un régime diététique institué pour empêcher le développement des monilia dans l'intestin (lait, œufs, fruits, légumes verts, médicaments alcalins, carbonate de calcium et de magnésium) amena une amélioration des lésions cutanées et l'abandon de ce régime fut suivi d'une rechute.

Le sérum du malade contenait des agglutinines spécifiques pour *M. albicans*. Les lésions cutanées purent être reproduites par l'injection intracutanée d'extraits stériles de monilia, mais non par des extraits d'autres champignons. Une réaction focale des lésions cutanées suivit la réaction locale après injection sous-cutanée de vaccin monilien.

R. Burnier.

Byrne Robinson et **Compton Moss.** ***Glossite superficielle et perlèche dues à Monilia albicans*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XXV, n° 4, Avril 1932). — On sait depuis longtemps que les érosions interdigitales sont causées par des levures; il en est de même de certaines paronychies chroniques, et de certains intertrigos. Finnerud a montré que la perlèche pouvait être causée par des levures (mycoderma, monilia ou cryptococcus).

R. et M. ont étudié 22 cas de perlèche chez des adultes et ils ont constaté son association fréquente avec d'autres formes de moniliase cutanée. Ces 22 cas de perlèche s'accompagnaient 6 fois de glossite superficielle ; la langue apparait dépapillée, rouge, lisse, comme une pièce de caoutchouc rouge; 8 fois il existait des érosions interdigitales, 8 fois une paronychie, 4 fois une dermite des orteils, 1 fois une otite externe.

Dans la plupart des cas, on trouva des monilia, en particulier *M. albicans*, facile à distinguer de *M. candida, M. parapsilosis, M. krusei*, par la forme des cellules mycéliennes, des spores et des chlamydospores, et par l'aspect de la culture sur gélatine; les *cryptococcus* s'en distinguent par l'absence de mycélium.

Sur 22 cas de perlèche, on trouva 13 fois *M. albicans*, 2 fois *M. candida*, 1 fois *M. krusei*, 6 fois aucune levure. Sur 6 cas de glossite superficielle, on nota 4 fois *M. albicans* et 2 fois *M. candida*. Sur 8 érosions interdigitales, on trouva 5 fois *M. albicans*, 1 fois *M. parapsilosis*, 2 fois pas de levure; les 8 cas de paronychie donnèrent 4 fois *M. albicans*, 4 fois absence de levure; la dermite des orteils contenait 1 fois *M. albicans* et 3 fois pas de levure. Dans le cas d'otite externe, on trouva des *cryptococcis*.

R. Burnier.

PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

J. Diez. ***La thyroïdite ligneuse de Riedel*** (*La Prensa médica Argentina*, tome XVII, n° 24, 30 Janvier 1932). — Cette affection est moins fréquente qu'on ne croyait autrefois: à Heidelberg, Endelman ne la rencontra pas une seule fois dans 12.000 interventions sur le corps thyroïde. L'auteur en rapporte deux observations.

La première est celle d'une femme de 39 ans chez qui la maladie commence par un torticolis, bientôt expliqué par l'apparition d'une tumeur thyroïdienne droite. A la laryngoscopie, larynx aplati dans le sens antéro-postérieur. Métabolisme de base augmenté de plus de 20 pour 100. On extirpe la majeure partie de la tumeur, laquelle adhérait à la trachée. Guérison. La pièce coupée montre 3 zones: 1° une zone d'atrophie, siège d'un processus inflammatoire primitif; 2° une zone de sclérose; 3° une zone d'adénome vasculaire (microphotographies très démonstratives).

La seconde est celle d'un homme de 78 ans. Une tumeur thyroïdienne se développe en 12 mois, devient adhérente. Réaction pleurale. Hypertrophie cardiaque. Opération. Il ne s'agissait pas d'un néoplasme, mais d'une masse inflammatoire indurée, à l'examen microscopique de laquelle on remarque la destruction totale du tissu glandulaire noble.

L'on a incriminé, dans l'étiologie de la maladie de Riedel, la syphilis, la tuberculose, les infections dentaires. Il faut la distinguer, parmi les processus inflammatoires thyroïdiens, de la strumite lymphomateuse, de la thyroïdite chronique simple.

Son meilleur critérium réside dans son évolution : processus de cicatrisation, puis de sclérose; elle tend à comprimer les voies aériennes ou digestives. L'exérèse, même partielle, supprime les troubles, mais la récidive reste fréquente.

G. d'Heucqueville.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA
(Stockholm)

E. Jarlov (Copenhague). ***Les types cliniques de l'obésité anormale*** (*Acta medica Scandinavica*, tome XLII, 1932). — On peut reprocher aux travaux récents consacrés à l'obésité de n'avoir pas assez cherché à préciser les types cliniques d'obésité. A l'exemple des Italiens, Pende et Poggio, J. a essayé de donner une classification purement clinique, basée avant tout sur la morphologie. C'est une réaction contre les classifications endocriniennes poussées à l'excès qui sont en contradiction avec les faits cliniques. On pourra ainsi éviter de tirer des conclusions erronées des résultats des explorations fonctionnelles.

J. distingue trois types fondamentaux d'obésité, le type hypertrophique, le type myxœdématoïde et le type lipomateux, auxquels se rattachent des types de transition ou sous-types.

Le type *hypertrophique* est caractérisé par la répartition diffuse et uniforme de la graisse, par des fonctions génitales et des caractères sexuels secondaires normaux, par un métabolisme basal compris dans les limites habituelles. La cause de l'obésité semble bien être exogène (suralimentation).

Ce type comprend les types de transition suivants:

Type pléthorique qui groupe des sujets de petite taille, à cou court, d'aspect congestif et robuste, à tissu adipeux surtout localisé autour du tronc; le métabolisme basal est normal.

Type uratique, très voisin, mais où il existe en plus une prédisposition familiale et une tendance aux maladies de la nutrition et aux douleurs rhumatoïdes.

Type ménopausique, caractérisé par l'époque de la vie génitale de la femme où on le rencontre et par toute une série de symptômes (fatigabilité, douleurs rhumatoïdes, nervosité, anxiété) associés aux troubles bien connus du retour d'âge. Voisin du type pléthorique par certains aspects, il forme transition avec les trois types suivants qui s'accompagnent aussi de troubles nerveux.

Type asthénique, où une obésité diffuse s'associe à une fatigabilité extrême, à de la céphalée, aux migraines, à des palpitations, à de la dyspnée d'effort et à un état de dépression marquée.

Type acromégaloïde répondant au type virile de Poggio (femmes de taille élevée, à mains et à pieds développés, à caractères masculins).

Type cérébral, séquelle d'encéphalite épidémique, où le métabolisme basal est abaissé et où se rencontrent parfois des caractères myxœdémateux, mais où la médication thyroïdienne à elle seule est insuffisante.

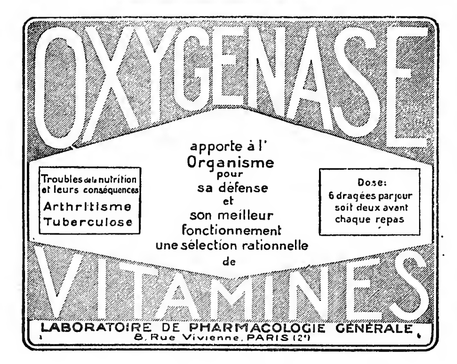
Le type *myxœdématoïde* rappelle le myxœdème par la sécheresse de la peau, la chute des poils, les modifications des ongles, l'existence d'œdèmes, la torpeur intellectuelle, mais le métabolisme basal ne s'écarte guère de la normale. L'obésité, quoique diffuse, prédomine à l'abdomen, aux hanches et aux membres inférieurs. Le traitement thyroïdien donne d'ordinaire de bons résultats.

A ce type se rattachent le type œdémateux, où il existe un œdème léger de la face, du dos des pieds et du tiers inférieur de la jambe, rebelle à tout traitement; le type adiposalgique, qui englobe la lipomatose douloureuse de Dercum; le type « pâteux », où le tissu adipeux, de consistance spéciale, s'accumule surtout aux paupières, aux seins, aux membres supérieurs, aux fesses et aux cuisses (type Rubens); le type eunuchoïde, caractérisé par une taille élevée, la petitesse de la tête, les traits féminins, l'accumulation de graisse au niveau du thorax, des seins, de l'abdomen, des fesses et des cuisses, le tout avec des organes génitaux normaux; enfin le type nain qui semble être une dystrophie adiposo-génitale avec arrêt de la croissance.

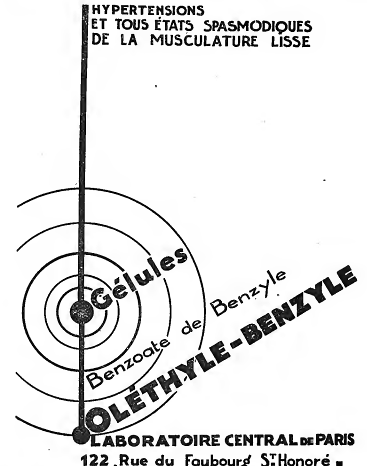
Le type *lipomateux* forme la transition entre l'obésité proprement dite et la lipomatose symétrique. Il s'agit toujours ici de femmes; l'hérédité similaire est fréquente; les dépôts graisseux ont une consistance ferme et ont une topographie régionale. Le métabolisme basal est normal.

A ce type se rattache le type lipodystrophique (maladie de Barraquer) avec son accumulation de graisse dans la moitié inférieure du corps et atrophie du tissu adipeux dans la moitié supérieure.

P.-L. Marie.


OXYGENASE
apporte à l' Organisme pour sa défense et son meilleur fonctionnement une sélection rationnelle de
Troubles de la nutrition et leurs conséquences
Arthritisme
Tuberculose
Dose: 6 dragées par jour soit deux avant chaque repas
VITAMINES
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, Rue Vivienne, PARIS (2e)




HYPERTENSIONS
ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE LISSE
Gélules
Benzoate de Benzyle
OLÉTHYLE-BENZYLE
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg St Honoré
PARIS VIIIe


HYGIÈNE ET SAUVEGARDE
DU
FOIE
PAR LA
MODE D'EMPLOI
En petites capsules ovoïdes, aux repas avec une gorgée d'eau
DOSE
2 à 4 par jour par périodes alternées de 6 à 10 jours
BOLDORHÉINE
Insuffisances hépatiques légères dans toutes leurs formes avec ou sans ictère, avec ou sans lithiase._ Foie Paludéen
Laboratoire de Pharmacologie Générale. 8, rue Vivienne PARIS (IIe)

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL

(Paris)

Bensaude et **Lambling.** ***Maladie de Nicolas-Favre et lésions ano-rectales; sténoses, ano-rectites simples, fistules isolées*** (*Paris Médical*, n° 18, 30 Avril 1932). — Les auteurs apportent les résultats donnés par la réaction de Frei chez une cinquantaine de sujets atteints de lésions ano-rectales diverses et d'étiologie imprécise. Dans chaque cas l'épreuve de Frei a été doublée d'une injection intra-dermique de vaccin anti-chancrelleux (Dmelcos). Les résultats sont exposés dans trois groupes différents: rétrécissements inflammatoires, ano-rectites sans sténose, lésions diverses.

1° *Rétrécissements inflammatoires:* Sur 30 cas, les auteurs retiennent 27 observations utilisables, parmi lesquelles la réaction de Frei a été positive dans 24 cas. Il y avait dans peu d'observations association de la lésion rectale avec des œdèmes de voisinage réalisant le syndrome de Jersild. Dans 9 cas on notait une adénopathie inguinale suppurée récente ou ancienne. Les lésions rectales dont le siège est à peu près constant (à 4 ou 5 cm. au-dessus de l'anus) sont tantôt limitées, tantôt étendues.

2° *Rectites et ano-rectites:* Sur 10 cas, la réaction de Frei a été trois fois négative, trois fois douteuse, quatre fois positive. Il n'y a jamais eu d'œdème périnéal; dans deux cas, on a noté une adénopathie inguinale inflammatoire. Ces lésions étaient dans deux cas exclusivement rectales, chez les autres purement anales.

3° *Lésions diverses:* abcès et fistules de la marge de l'anus. Ces lésions ont été observées 11 fois; elles étaient toujours associées à des rétrécissements ou des rectites; dans un cas seulement la lésion était isolée. Le rôle de la maladie de Nicolas-Favre peut être incriminé dans la genèse de certaines fistules anales isolées.

Toutes ces considérations reposent sur la réaction de Frei dont la valeur ne paraît pas faire de doute et est à peu près universellement reconnue.

Il résulte du travail des auteurs que la maladie de Nicolas-Favre joue probablement un rôle très important dans l'étiologie des rétrécissements inflammatoires du rectum. Dans certains cas, cependant, la blennorragie, la tuberculose, la chancrelle doivent être retenues, le rôle de la syphilis paraissant beaucoup plus discutable.

Pratiquement, il convient d'appliquer à ces lésions ano-rectales tous les agents thérapeutiques (émétine, lugol, stibyal, etc.) qu'il est courant d'employer dans la poradénie.

J. Sénèque.

ANNALES DE MÉDECINE

(Paris)

V. Cordier et **J. Enselme** (Lyon). ***Essai de classification biochimique des hypertensions*** (*Annales de Médecine*, tome XXXI, n° 4, Avril 1932). — Après avoir exposé les diverses méthodes biochimiques utilisées dans l'étude des insuffisances rénales et des troubles métaboliques (protéides-chlore), C. et E. étudient la valeur et la signification des troubles biochimiques dans un certain nombre d'observations, desquelles ils dégagent l'enchaînement qu'on peut concevoir des phénomènes.

La valeur rénale peut être appréciée pratiquement en rapprochant les constantes d'Ambard de la constante de Austin, Stillmann et Van Slyk et du mode d'élimination de la phénol-sulfone-phtaléine. D'autre part, l'étude comparée des rétentions permet de soupçonner qu'à côté des cas où toutes sont d'origine rénale pure, certaines sont dues à la coïncidence d'une sclérose rénale et d'une surcharge sanguine par trouble du métabolisme. L'intoxication dite urémique, enfin, est mesurée par l'étude de l'azote résiduel, de la réserve alcaline et du rapport érythroplasmatique.

L'étude biochimique et clinique de quelques hypertendus permet de les classer en 4 échelons différents : 1° les hypertensions avec insuffisance fonctionnelle rénale, cas les plus fréquents, qui verseront tôt ou tard dans la néphrite azotémique hypertensive de Widal; 2° les hypertensions avec insuffisance fonctionnelle rénale et troubles du métabolisme, de pronostic plus sombre; 3° les hypertensions avec rétention chlorée; 4° les hypertensions sans troubles humoraux, cas les plus rares, où on ne relève ni atteinte rénale, ni désordre du métabolisme protéinique ou chloruré.

C. et E. discutent les théories pathogéniques: théorie surrénalienne; rôle des lésions artériolaires et des lésions rénales; rôle du sympathique; rôle du sinus carotidien (Héring).

Comme hypothèse de travail, on peut concevoir ainsi la succession des phénomènes: à chaque période correspondrait une des phases cliniques et biochimiques des types d'hypertendus étudiés.

Au début, l'hypertension d'origine sinusienne resterait solitaire, sans modification humorale; l'hyperplasie surrénale secondaire elle-même ne donnerait aucun trouble biochimique d'origine rénale; mais déjà des perturbations du métabolisme apparaîtraient; l'artérite rénale déclancherait les premières rétentions, celle du chlore augmenterait encore l'hypertension. Enfin, avant d'entrer dans le cadre de l'intoxication dite urémique, le trouble des métabolismes surajouté aux accidents de rétention annoncerait le dernier stade évolutif.

De toutes façons, l'image clinique ne donne qu'incomplètement un avis pronostique sur l'évolution de l'hypertension, et, en attendant que des méthodes nouvelles permettent d'apprécier la valeur des troubles à ses premières phases, c'est le bilan biochimique qui nous fixera sur la gravité; un travail de longue haleine permettra de suivre les troubles humoraux de l'hypertendu à ses différentes étapes.

L. Rivet.

Maurice Villaret, Haguenau, L. Justin-Besançon et **Henri Desoille.** ***L'anonychie, affection familiale*** (*Annales de Médecine*, tome XXXI, n° 4, Avril 1932). — V., H., J.-B. et D. ont observé l'absence congénitale de tous les ongles chez un homme dont les 2 frères présentaient la même malformation. Tous trois étaient les seuls atteints de la famille; tous trois furent chauves de bonne heure, alors que les parents avaient conservé une chevelure normale. Le lit de l'ongle était parfaitement dessiné, limité par un sillon très net, mais ce phanère lui-même manquait complètement, aussi bien aux doigts qu'aux orteils. Les téguments étaient plus durs et plus brillants au niveau du lit de l'ongle; ils n'étaient nullement douloureux, en sorte que la malformation ne gênait aucunement le sujet. Celui-ci était normal par ailleurs. L'association de calvitie indique que le sujet était atteint d'une affection systématisée des phanères.

L'affection est assez rare. Elle peut être totale, partielle, associée à d'autres malformations. Elle est presque toujours nettement familiale, bien que parfois un seul membre de la famille soit atteint. L'anomalie peut se transmettre aussi bien par les hommes que par les femmes.

L'absence d'ongle n'est pas due à une malformation de la matrice, mais à une incapacité fonctionnelle de l'ectoderme.

L. Rivet.

REVUE DE CHIRURGIE

(Paris)

J. Bottin. ***Essai d'étude critique de l'obstruction intestinale*** (*Revue de Chirurgie*, 51° année, n° 1, Janvier 1932). — Parmi les théories qui s'efforcent d'expliquer la mort dans l'obstruction intestinale, celles qui sont le plus habituellement défendues sont celles de l'intoxication, de l'infection, de l'anhydrémie et de l'hypochlorurémie.

B. les passe successivement en revue, et montre leur inconstance et leur insuffisance pour expliquer la mort. Si elles interviennent dans les causes de mort, c'est par action seulement secondaire, surajoutée mais non prédominante.

B. fait jouer le rôle principal aux lésions du pancréas. Il s'appuie pour le démontrer sur des travaux personnels d'expérimentation. Il montre que la ligature précoce des canaux pancréatiques enraie les phénomènes graves et les lésions du pancréas. La ligature paraît agir en empêchant le reflux du produit injecté dans les canaux pancréatiques.

Dans 7 cas d'obstruction, chez l'homme, le pancréas présentait des lésions comparables à celles observées chez les chiens en expérience.

Sans doute les lésions pancréatiques, si importantes, n'interviennent pas seules. Mais les autres causes n'agissent que secondairement, et la mort peut être directement rapportée à une pancréatite aiguë.

J. Okinczyc.

R. Massart. ***Les arthrites chroniques amicrobiennes de la hanche*** (*Revue de Chirurgie*, 51° année, n° 3, Mars 1932). — En dehors de la tuberculose, et des arthrites infectieuses de la hanche, il faut faire une place aux arthrites chroniques amicrobiennes, qu'on peut observer à tous les âges, même chez l'enfant, dont la hanche est primitivement malformée.

C'est ainsi que la luxation congénitale, même réduite, peut être le siège d'une arthrite sèche qui apparaît secondairement, du fait de la fatigue et de la fragilité de cette articulation.

Les modifications portent principalement sur le col fémoral, par subluxation du point épiphysaire qui se déforme et s'aplatit. L'articulation « mal ajustée » souffre et l'arthrite apparaît.

Ces accidents apparaissent à plus forte raison sur les luxations non réduites et invétérées, surtout si la tête repose dans un faux cotyle, et qu'il y ait un contact osseux.

L'arthrite chronique survient encore après des troubles de la croissance, consécutifs à des traumatismes obstétricaux, au rachitisme.

La coxa vara des adolescents est également à la base de bien des arthrites chroniques graves, caractérisées par une décalcification et une surcharge de graisse, au début, puis par des altérations d'arthrite proprement dite quand l'os a retrouvé sa résistance normale. Il y a donc une période optima pour intervenir, c'est celle où la coxa vara n'évolue plus, se fixe, avant l'apparition de l'arthrite sèche proprement dite.

Les altérations du noyau épiphysaire peuvent être seules à l'origine d'arthrites, connues sous le nom d'ostéo-chondrites.

Toutes les subluxations de la hanche, dont la radiographie a montré la fréquence, peuvent être causes d'arthrites amicrobiennes.

Les fractures méconnues du col fémoral, créant des adaptations fonctionnelles défectueuses, font naître des arthrites chroniques.

Enfin, il y a des hanches normales, qui, chez l'adulte, se déforment en quelques mois et donnent le tableau de l'arthrite chronique avec dé-

formation profonde des os, par répartition anormale et étalement de l'extrémité articulaire fémorale, approfondissement et soufflement du cotyle.

C'est en tout cas, dans toutes ces formes, avant que l'arthrite soit devenue chronique et incurable, qu'il faut instituer un traitement, dont l'indication peut varier avec chaque cas.

J. Okinczyc.

ARCHIVES des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DES MALADIES DE LA NUTRITION (Paris)

Max Einhorn (New-York). ***Sur le cardiospasme et la dilatation de l'œsophage*** (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, tome XXII, n° 2, Février 1932). E. étudie le cardiospasme (œsophagospasme inclus) provoquant la dysphagie ainsi que sa conséquence, la dilatation de l'œsophage, habituellement désignée sous le terme de dilatation idiopathique de l'œsophage

Le cardiospasme chronique en clinique est presque toujours combiné avec une dilatation diffuse de l'œsophage. Le cardiospasme peut être perméable ou imperméable. E. décrit les divers types que peut déceler l'exploration à l'aide du tube stomacal ou de la bougie.

Il expose les symptômes du cardiospasme et les éléments de son diagnostic: absence du bruit de déglutition, exploration à la bougie, étude du liquide par cathétérisme; radioscopie; épreuve du godet duodénal avec le fil de soie après atropination, etc.

Les éléments de la thérapeutique sont multiples. E. rappelle notamment les avantages de son dilatateur métallique du cardia, et, dans les cardiospasmes imperméables, la méthode de la dilatation rétrograde. La dilatation *in situ* peut se faire avec le dilatateur pylorique à double ballon. Récemment, E., au lieu du dilatateur pylorique, a employé une bougie avec un ballon insufflable pour la dilatation rétrograde du cardia. Pratiquement, toutes les variétés bénignes du cardiospasme et des dilatations de l'œsophage peuvent être guéries par des moyens médicaux.

L. Rivet.

JOURNAL DE RADIOLOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE (Paris)

Cluzet, Ponthus (Lyon). ***Sur l'examen et le traitement au moyen des ondes de haute fréquence entretenues et redressées*** (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XVI, n° 4, Avril 1932). — Sous le nom de courants de haute fréquence on comprend des modalités électriques diverses, produites essentiellement par « des décharges de condensateurs dans une résistance appropriée, en accord avec la formule classique de W. Thomson » et constituées, en raison de leur origine oscillatoire, par une série de trains d'ondes de nature variable dont les caractères permettent de définir qualitativement les diverses sortes de courants de H.F. (courants à ondes amorties fournis par les appareils dits à éclateur, courants à ondes entretenues fournis par les appareils à lampes, courants à ondes rigoureusement entretenues par des postes d'émission de T.S.F.). Pour ces courants différents, comme pour les courants de H.F. redressés (H.F.R.) par un système redresseur approprié, on peut penser, *a priori*, qu'il « pourra se produire des différences dans les résultats physiologiques ou thérapeutiques ».

En particulier tous les courants de H.F.R. présentent un pouvoir excito-moteur considérable des nerfs et des muscles; il y a lieu cependant d'avoir recours surtout à des ondes entretenues présentant des temps de silence réduits au minimum ou même supprimés (comme c'est le cas par exemple pour les postes émetteurs de T.S.F.), permettant ainsi de comparer les contractions obtenues dans des conditions parfaitement connues et régulières dues à ce que les ondes sont rigoureusement entretenues, d'amplitude parfaitement constante et dépourvues de toute période de silence intermédiaire (ce qui n'est pas le cas dans les postes de diathermie à lampes).

Les caractères et l'intensité de la réponse musculaire sont fonction : 1° de la tension du courant; 2° de l'intensité; 3° de la fréquence; 4° de la durée d'excitation, toutes variables, qu'il est aisé de modifier par des dispositifs appropriés et qui permettront « compte tenu des erreurs commises en H.F. par les appareils de mesure d'intensité, d'évaluer l'excitabilité nerveuse ou musculaire aux H.F.R. en prenant comme tests soit les contractions du seuil, soit les tétanisations liminaires ».

Au point de vue diagnostique l'examen aux H.F.R. permet, comme les procédés classiques, de mettre en évidence l'inexcitabilité, la R.D. complète ou partielle, les signes secondaires de la R.D. (inversion, réaction de Huet-Bourguignon), sans d'ailleurs permettre la mesure de la lésion nerveuse (chronaxie); mais, pour obtenir des résultats comparables, il faut toujours se mettre dans les mêmes conditions expérimentales.

Au point de vue thérapeutique l'emploi des courants de H.F.R. est justifié toutes les fois que l'électricité peut aider à la récupération anatomique et fonctionnelle d'un nerf ou d'un muscle (contractions isolées ou tétanisation). Bien que leur action soit plus puissante que celle des courants galvaniques ou faradiques ces courants sont toujours mieux tolérés.

Morel Kahn.

L'ENCÉPHALE (Paris)

H. Claude, J. Lhermitte, H. Baruk. ***Pathologie de la pré-sénilité. Syndrome catatonique avec négativisme unilatéral*** (*L'Encéphale*, tome XXVII, n° 3, Mars 1932). — Il existe plusieurs types de démence pré-sénile conditionnés par des localisations inégalement profondes dans le cortex et les centres sous-jacents. C., L. et B. rapportent l'observation complète, clinique et anatomique, d'un cas fort instructif.

Homme de 57 ans, éthylique ancien, ayant subi deux ans auparavant un traumatisme cranien grave suivi de coma. Début brusque par un ictus très particulier; le malade est pris soudain d'une trémulation intense, généralisée. Les jours suivants, turbulence, état démentiel (il déchire le linge), puis gâtisme, cachexie, mort en six mois.

L'analyse des symptômes permet d'isoler chez lui :

1° un syndrome catatonique complet : catalepsie, négativisme, stéréotypies, surtout marqué à droite;

2° des signes aphasiques, intoxication par le mot, apraxie;

3° un syndrome pseudo-bulbaire;

4° des troubles vaso-moteurs (acrocyanose) et végétatifs (cachexie rapide).

L'examen anatomique met en évidence la raréfaction des petites cellules d'association du striatum, la chromolyse des cellules ganglionnaires de l'aire préfrontale (5e couche); enfin, la présence, dans le thalamus, de granulations métachromatiques, que C., L. et B. considèrent comme provenant de la désintégration des gaines de myéline.

Certes ces altérations n'expliquent pas tout le tableau clinique. L'état démentiel, l'aphasie semblent dépendre des lésions localisées, alors que les syndromes pseudo-bulbaire et catatonique, les troubles végétatifs traduisent des processus diffus.

Quant à l'étiologie, éthylisme, traumatisme, présénilité peuvent être invoqués, mais sans aucun fait convaincant à l'appui.

G. d'Heucqueville.

L. Van Bogaert, J. Sweert, L. Bauwens. ***Sur l'idiotie amaurotique familiale du type Warren-Tay-Sachs*** (*L'Encéphale*, tome XXVII, n° 3, Mars 1932). — V. B. S. et B., présentent une famille d'israélites polonais dans laquelle, en 2 générations, sur 15 descendants d'un même parent commun, on compte (outre 1 dément précoce et 1 idiot sans amaurose) 3 cas d'idiotie amaurotique: ils ont pu observer deux d'entre eux.

Le premier est celui d'une fillette de 13 mois, offrant la symptomatologie suivante: absence totale d'initiative motrice, hypotonie habituelle, crises convulsives, mouvements rythmiques lents inadaptés; réaction de Pandy positive dans le liquide céphalo-rachidien; tache rétinienne ovale allongée blanche, traduisant la dégénérescence des cônes et des bâtonnets.

Le second a trait à un enfant plus âgé qui présente les mêmes troubles, atténués. Mort à 37 mois.

V. B., S. et B. isolent dans les deux symptomatologies un syndrome de décérébration qui, masqué habituellement par l'hypotonie, se révèle après les excitations périphériques.

A propos de ces deux observations, ils passent en revue les réflexes d'attitude. Ceux-ci, constants chez l'animal, disparaissent successivement chez le nourrisson, mais persistent à l'état pathologique:

réflexe tonique optique: rejet de la tête en arrière quand on éclaire brutalement les yeux;

Réflexes de Moro-Schaltenbrand: à la rotation, la chute (épreuve du lift), la progression, mouvements protecteurs complexes des membres qui ne se retrouvent plus quelques semaines après la naissance;

Mouvements compensateurs des globes oculaires, à la rotation de la tête (disparaissant à quelques jours);

Réflexes toniques cervicaux: à la rotation de la tête, élévation du bras frontal (12 mois);

Réflexe de Landau: jusqu'à 2 ans, l'enfant, soutenu par le ventre sur la main, place ses 4 membres en hypertension.

La persistance de ces réflexes traduit une insuffisance (ou une lésion) corticale, leur absence une insuffisance mésocéphalique.

La décérébration les exagère ainsi que deux autres automatismes primitifs: les réflexes de préhension et les mouvements rythmiques.

G. d'Heucqueville.

LOS PROGRESOS DE LA CLINICA (Madrid)

F. Fernandez. ***Les injections de pepsine dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal*** (*Los Progresos de la clinica*, tome XX, n° 243, Mars 1932). — Les auteurs ont essayé cette méthode dans 23 cas. Ils ont donné à leurs malades, un jour sur deux pendant deux semaines, 20 centigr. de pepsine en injections sous-cutanées.

Les *troubles dyspeptiques* se sont amendés dans la moitié des cas, mais cette amélioration n'a persisté qu'avec un régime lacté sévère.

Les *douleurs* ont disparu dans 77 pour 100, mais non définitivement.

Les *vomissements* présentés par 15 malades ont cédé chez 9 d'entre eux et résisté chez 6.

Les *points douloureux épigastriques* ont disparu dans le tiers des cas.

Les *gastrorragies* ont été également soulagées quelque temps.

Bref, amélioration dans une notable fraction des cas après 2 à 7 injections, mais suivie de rechutes dans les six mois, à une seule exception près. Les auteurs ne partagent pas les enthousiasmes qu'a suscités cette méthode, préconisée par Loeper.

G. d'Heucqueville.

F. Q. Navas. ***Etude des facteurs végétatifs qui règlent les oxydations dans l'organisme*** (*Los Progresos de la clinica*, tome XX, n° 243, Mars 1932). — N. étudie, dans un travail très documenté, l'influence des modifications pharmacodynamiques des systèmes végétatifs sur l'importance des oxydations, mesurée par le métabolisme de base. Il a fait agir en outre les ions métalliques Ca et K. Ceux-ci demeurent inefficaces en l'absence des alcaloïdes précédents.

L'*adrénaline* élève le métabolisme de base. L'addition de *calcium* prolonge cet effet de l'adrénaline sans le modifier.

L'*ergotamine* produit une légère diminution des oxydations. Le *calcium*, administré en même temps, rend sensibles à cette action de l'ergotamine les sujets qui y étaient réfractaires.

L'*atropine* et la *pilocarpine* augmentent le métabolisme de base. Le *potassium inverse* leurs effets.

On voit que les substances étudiées modifient les oxydations, chacune d'une manière propre, que ne permettait pas de prévoir leur action excitante ou inhibitrice sur les systèmes antagonistes ortho et parasympathiques. G. d'Heucqueville.

LISBOA MEDICA

L. Figueira. ***Recherches de laboratoire sur la récente épidémie ictéro-hémorragique de Lisbonne*** (*Lisboa Medica*, tome IX, n° 2, Février 1932). — Dès le début de l'épidémie des recherches de laboratoire ont été mises en œuvre pour aider au diagnostic. Dans 15 cas (l'épidémie frappa 122 personnes en tout), ces investigations furent positives.

On eut recours aux réactions d'agglutination d'une part; d'autre part, aux inoculations à des cobayes. Ceux-ci réagissent de manière très variable à l'inoculation d'émulsions d'organes. 1 seul sur 9 est devenu ictérique. Ils succombent d'ailleurs souvent à des infections secondaires, favorisées par la spirochétose. La preuve microscopique n'est pas toujours aisément administrée.

Le leptospire a été retrouvé chez les rats des égouts: ceux-ci ont déclanché l'épidémie en infestant une fontaine. G. d'Heucqueville.

D. Furtado et **F. S. Araujo.** ***Contribution clinique à l'étude de l'épidémie ictéro-hémorragique de Lisbonne*** (*Lisboa Medica*, tome IX, n° 2, Février 1932). — Les auteurs rapportent 50 observations, pour compléter les études épidémiologiques et biologiques déjà parues à la même place.

Peu de variations individuelles: invasion brutale, rémission, puis ictère et hémorragies multiples. Tests humoraux: phagocytose (érythrorrexis); réaction de Van den Bergh (bilirubine).

L'identification du leptopsire de Noguchi est difficile.

Thérapeutique surtout symptomatique: chlorure de calcium, sérum glucosé hypertonique, ponction lombaire. G. d'Heucqueville.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Munich, Vienne)

N. Tsamboulas. ***Une irradiation pulmonaire unique peut-elle réactiver des foyers tuberculeux latents?*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 17, 22 Avril 1932). — T. a eu l'occasion d'observer à plusieurs reprises que des sujets normaux, chez lesquels un examen clinique et radiologique avait été pratiqué sans déceler aucune lésion pulmonaire, pouvaient présenter quelques jours ou quelques heures après la séance radioscopique des manifestations pulmonaires, parfois une hémoptysie, semblant relever d'une réactivation bacillaire.

L'étude systématique du sang des tuberculeux après exposition de 3 à 4 minutes aux rayons X a montré une accélération de la sédimentation globulaire, avec accroissement du nombre des globulins et du fibrinogène et augmentation du métabolisme basal.

Il ne paraît pas s'agir là d'une modification biologique normale déterminée par les rayons, car chez les sujets tout à fait indemnes de tuberculose, ni troubles hématiques ni troubles des échanges n'apparaissent après irradiation.

Il semble donc que ces modifications puissent être attribuées non pas aux rayons eux-mêmes, mais à l'éveil du foyer bacillaire latent qu'ils décèlent et éveillent, provoquant une véritable réaction focale.

Cette poussée évolutive provoquée chez des sujets qui paraissaient bien portants doit inciter à une certaine prudence pour tous les examens portant sur des sujets fragiles.

G. Dreyfus-Sée.

H. Schulten. ***L'anémie essentielle hypochrome (chloro-anémie achylique) et ses relations avec l'anémie pernicieuse*** (*Munchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 17, 22 Avril 1932). — Tableau clinique de connaissance récente consistant en une anémie atteignant surtout les femmes adultes et survenant sans raison décelable pour évoluer durant des années sans tendance nette à l'aggravation, ni vers la régression. C'est une anémie surtout caractérisée par un abaissement de l'index colorimétrique et une formule hématologique microcytaire avec des symptômes objectifs et subjectifs gastriques presque constants (achylie ou hypochylie plus ou moins accentuées).

De nombreux noms ont été proposés pour tenter de caractériser cet ensemble symptomatique ; le titre choisi par S. lui paraît rappeler les éléments essentiels du syndrome.

Malgré les difficultés apparentes, il serait toujours aisé de différencier cette anémie spéciale de l'anémie pernicieuse vraie. Or ce diagnostic est important du point de vue thérapeutique, les anémies hypochromes justifiant l'emploi du fer à haute dose, les anémies pernicieuses relevant de la médication par les extraits hépatiques.

Mais il est intéressant de noter que ces 2 affections peuvent survenir dans la même famille, parfois même successivement chez le même sujet. On peut donc soupçonner à leur base un terrain constitutionnel commun qui serait peut-être à rechercher dans les troubles de la fonction sécrétoire gastrique ?

G. Dreyfus-Sée.

Fischer et **Krieg.** ***Contribution à l'étude symptomatique et thérapeutique de la méralgie paresthésique*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 18, 29 Avril 1932). Le trajet anatomique du nerf fémoro-cutané présente des dispositions qui expliquent la fréquence de son atteinte par des processus mécaniques divers.

C'est ainsi que diverses positions vicieuses du membre inférieur peuvent déterminer une élongation et une irritation nerveuse, soit au cours d'une chute, soit même lors d'une marche prolongée inhabituelle ou d'une immobilité de longue durée en mauvaise position, par exemple chez des chauffeurs appuyant sur une pédale d'accélération incommodément placée. Certains cas de stase thrombo-phlébitique des jambes peuvent être en cause, ainsi que plus rarement une obésité rapidement établie.

Enfin des causes toxiques ou infectieuses entraînent une névrite fémoro-cutanée de même qu'elles pourraient toucher d'autres nerfs : tuberculose, syphilis, rhumatisme, typhoïde, goutte, diabète, intoxication arsenicale, saturnisme, etc.

Les femmes paraissent plus souvent atteintes, surtout au moment de la ménopause, ce qu'expliquent aisément certaines des circonstances étiologiques ci-dessus mentionnées.

Deux formes cliniques essentielles se rencontrent habituellement, l'une avec prédominance des phénomènes paresthésiques, l'autre essentiellement névralgique.

Dans les 2 cas la recherche des points douloureux et parfois des troubles vaso-moteurs et trophiques apportent au diagnostic un appoint important.

Les troubles de la marche, avec sensation d'engourdissement, de fourmillement, de picotement de la partie externe de la cuisse, cédant au repos pour reprendre avec la marche, caractérisent la forme paresthésique. Les névralgies subcontinues, plus ou moins intenses, en éclair, avec brûlure, douleurs diffuses de la cuisse, dominent dans la 2e forme. L'association de ces symptômes crée de nombreux cas intermédiaires.

Le traitement par la méthode d'injections paranerveuses en plusieurs points du trajet nerveux est préconisé par F. et K. qui emploient une solution alcaline isotonique de novocaïne et d'antipyrine; ils considèrent qu'il y a danger à utiliser les solutions acides habituellement employées et les extraits surrénaux toxiques du fait d'une trop rapide résorption nerveuse.

La technique des injections doit être précisée, ainsi que le traitement général étiologique que nécessitent certaines indications spéciales. Enfin parfois la correction d'une mauvaise attitude du pied devra être effectuée.

La question de savoir si les injections para-nerveuses agissent de façon mécanique ou par irritation cellulaire locale ne peut être résolue actuellement. G. Dreyfus-Sée.

G. Straube. ***Le problème de la nature allergique de l'asthme à l'ursol*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 19, 6 Mai 1932). — Depuis que l'action nocive de l'ursol a été rattachée par Curschmann et ses élèves à une sensibilisation anaphylactique de l'organisme vis-à-vis de cette substance, nombre de travaux ont été publiés tendant soit à confirmer soit à infirmer cette proposition.

L'observation clinique étudiée par S. semble plaider en faveur de l'origine anaphylactique des crises d'asthme déclanchées par les inhalations d'ursol chez sa malade. Il relève en effet dans l'examen de cette asthmatique les diverses caractéristiques cliniques et humorales typiques de l'asthme anaphylactique, et constate le déclanchement net des crises en relation avec la substance incriminée.

Cette observation constitue donc un fait probant en faveur de la théorie de l'asthme anaphylactique à l'ursol. G. Dreyfus-Sée.

K. Klare. ***La bronchite estivale*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 20, 13 Mai 1932). — Dans plusieurs publications antérieures, l'auteur a insisté sur le mode de réaction différent des divers types constitutionnels vis-à-vis des irradiations solaires. En particulier les enfants blonds, à peau claire, correspondant essentiellement au tableau de la diathèse exsudative, du lymphatisme, ne répondent pas à l'exposition solaire par la pigmentation, mais par l'inflammation cutanée plus ou moins accentuée. Selon K., des phénomènes de catarrhe des voies respiratoires pourraient survenir chez ces sujets et seraient dus à une destruction excessive des protides sous l'influence des rayons lumineux agissant sur les substances lipoïdiques et sur les processus d'oxydation. Les modifications du métabolisme du sel et de l'eau

chez ces enfants soumis aux irradiations ultra-violettes ou solaires seraient par contre moins importantes que ne le prétendait Stolte qui en déduisait un régime prophylactique destiné à diminuer l'hydrémie.

D'ailleurs, qu'on soit ou non d'accord sur les notions pathogéniques soutenues par K., on ne peut que souscrire à ses conclusions qui recommandent d'adapter individuellement le traitement actinothérapique et de surveiller attentivement les enfants qui y sont soumis. Ces précautions essentiellement destinées, d'après K., aux enfants atteints de diathèse exsudative, peuvent être raisonnablement étendues à tous. G. Dreyfus-Sée.

E. Vogt. ***Le traitement de l'éclampsie par le pernocton*** (*Münchener medizinische Wochenschrift* tome LXXIX, n° 21, 20 Mai 1932). — Le pernocton est une préparation d'acide barbiturique qui est injectable intramusculaire ou intraveineuse, agissant comme hypnotique immédiat, de telle sorte que le sujet perd conscience brusquement au cours même de l'injection dans la veine.

De même que tous les médicaments efficaces, des accidents sont survenus au début de l'utilisation du pernocton, soit pas injections trop rapides, soit par doses trop élevées.

Le chirurgien, l'accoucheur, et aussi le psychiatre pour les grands agités, ont vite adopté ce produit. Il était certes tentant de l'utiliser dans la lutte contre le grave accident nerveux gravidique constitué par l'éclampsie.

Actuellement près de 100 malades ont été ainsi traités, dont 11 dans la statistique personnelle de V.

Le traitement diététique de la phase pré-éclamptique lui paraît considérablement amélioré par adjonction du pernocton diminuant l'état spasmogène.

Les cas légers et moyens d'éclampsie lors du travail sont justiciables des injections intraveineuses du médicament, tandis que le travail est favorisé par l'injection d'orasthine afin d'obtenir si possible un accouchement spontané ou tout au moins d'amener des conditions favorables à l'accouchement artificiel.

L'éclampsie du post-partum, particulièrement grave, est de ce fait justiciable au premier chef du traitement par le pernocton.

Les doses moyennes habituelles du médicament sont de 1 cmc intraveineux pour 12 k. 500 de poids, injectées d'autant plus lentement que l'état est plus alarmant.

Le pernocton qui appartient dorénavant à l'arsenal des hypnotiques actifs et non toxiques aurait une influence non seulement symptomatique mais encore étiologique, par l'intermédiaire du centre du sommeil dans la région du 3e ventricule.

G. Dreyfus-Sée.

F Schede et E. Bettmann. ***Le traitement des épanchements et des troubles vasculaires des extrémités*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 22, 27 Mai 1932). — Les troubles circulatoires périphériques et les épanchements chroniques articulaires seraient considérés à tort comme résistants aux traitements. En réalité, selon S. et B., une thérapeutique symptomatique précoce et complète peut avoir raison de ces manifestations.

Le traitement étiologique devra tout d'abord être préconisé lorsqu'une cause locale (infections dentaires, amygdaliennes, génitales, etc.), cardiorénale, vasculaire, endocrine, etc., peut être incriminée. Si nulle cause n'est décelable, on mettra en œuvre la thérapeutique mécanique qui ne comporte qu'une seule contre-indication : les thrombophlébites.

Le traitement consiste en :

1° Le massage vasculaire, par alternatives de compression et de relâchement du membre à l'aide d'un lien pneumatique placé à sa racine et successivement gonflé et dégonflé.

Il se produirait ainsi une augmentation des échanges au niveau des vaisseaux, une diminution de la stase et du gonflement des extrémités du membre, des modifications capillaroscopiques nettement décelables.

2° La chaussure ou la chaussette de compression, reposant sur le même principe de compression discontinue d'une portion du membre : pied, genou et régions voisines, etc., au moyen d'une chaussure ou d'une genouillère pneumatique appliquée au niveau de la partie malade.

3° L'adjonction de gymnastique locale et de mesures hydrothérapiques également destinées à activer la circulation sont très utiles : douches ou bains froids et chauds alternés, pulvérisation de chlorure d'éthyle, massages sous l'eau unissant l'action mécanique et thermique, etc.

Enfin, le traitement médicamenteux pourra être utilisé. La kallikréine, la padutine, l'eutonone ont été préconisés. S. et B. n'ont guère obtenu de résultats avec ces médications seules. Par contre, ils conseillent la vasotonine (yohimbine 0,01 et uréthane 0,05) qui est vaso-dilatatrice et qu'ils emploient par cures de 12 injections de 1 cmc par jour séparées par des intervalles de 8 jours. L'acétylcholine, l'histamine peuvent être également utilisées avec avantage. G. Dreyfus-Sée.

K. Friedrich. ***Essais de modification des infections par les régimes*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 22, 27 Mai 1932). — La preuve de l'influence du régime sur l'évolution des infections paraît avoir été apportée par les essais de diététique dans le traitement des diverses formes de tuberculose. Mais, en réalité, les résultats sont demeurés très incomplets et on peut se demander si cette alimentation univoque poursuivie durant des mois constitue réellement la méthode de choix. Pour obtenir une évolution favorable, F. croit plutôt à l'efficacité des cures de régimes modificateurs instituées pour une durée limitée et séparées les unes des autres par des intervalles de temps déterminés.

Une modification brusque du régime paraît, en effet, déterminer au cours des infections une réaction consistant, chez les sujets légèrement fébriles, en une ascension légère et transitoire de la fièvre suivie de chute thermique ou parfois même en une descente primitive de la température. Le sens du changement de régime, acide ou alcalin, serait moins important à considérer que la brusquerie et l'intensité de sa modification.

Alors que ces réactions non spécifiques correspondant aux variations diététiques sont identiques entre elles, quel que soit le changement effectué, par contre, la réaction durable obtenue par la prolongation d'un de ces régimes paraît spécifique : le régime alcalin prolongé entraîne une chute thermique alors qu'une alimentation acidifiante s'accompagnerait constamment d'ascension de la fièvre. L'institution de changement de régime à intervalles réguliers paraît exercer une influence favorable sur l'évolution de la maladie, et surtout sur la régression fébrile. Les périodes de un à deux jours étaient plus efficaces que les intervalles plus prolongés chez les malades à température modérée observés par F. Il est probable que des changements plus fréquents seraient indiqués lors de fièvre élevée.

L'adaptation exacte des divers régimes à chacun des états pathologiques demeure à faire ; cette méthode constituerait donc une voie nouvelle de recherches thérapeutiques que l'on peut espérer féconde en résultats. G. Dreyfus-Sée.

G. Redmann. ***Le traitement des anémies secondaires des nourrissons et des petits enfants*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 22, 27 Mai 1932). — Cliniquement on connaît bien le renforcement de l'action anti-anémique des préparations de fer par l'adjonction de légumes frais ou d'œufs. Il semble que cette influence favorisante soit surtout due à la présence du cuivre dont l'activité thérapeutique a été recherchée systématiquement chez les anémiques comparativement à nombre d'autres substances. Ces essais ont fourni des résultats inattendus.

Nombre de substances anti-anémiques employées aux doses habituelles durant la convalescence de nourrissons et de jeunes enfants légèrement anémiques n'excitent nullement l'hématopoïèse qu'ils paraissent plutôt inhiber, alors que leur action serait nettement favorable au cours des anémies graves.

En outre, dans les anémies légères, le rôle des diverses substances est différent. La formation d'hémoglobine est provoquée par le cuivre surtout associé à l'extrait de foie et au fer, tandis que l'arsenic est à ce point de vue inefficace ou nocif. L'hématopoïèse est accrue par la même combinaison médicamenteuse riche en cuivre.

Par contre, dans les anémies sévères, c'est l'arsenic qui est surtout efficace, lors de la régénération hémoglobinique, alors que le cuivre occupe la dernière place des substances utilisables. A l'inverse, dans ces cas, la formation des globules rouges va être surtout favorisée par le cuivre, l'arsenic étant infiniment moins actif.

Enfin, l'utilisation simultanée de ces 2 corps exerce une action encore différente de celle qu'ils déterminent par emploi séparé.

Ainsi les 2 métaux, arsenic et cuivre, sont susceptibles d'entraîner des modifications sanguines extrêmes, parfois opposées, et il est souvent prudent lorsqu'il s'agit d'organismes en pleine croissance, donc pauvres en réserves, d'utiliser de préférence des combinaisons de substances antianémiques dont l'action est toujours moins brutale.

G. Dreyfus-Sée.

H. Stephani. ***Arthrites gonococciques des petites filles*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 22, 27 Mai 1932). — A propos d'une observation d'arthrite gonococcique chez une fillette de 11 ans, S. passe en revue les principaux caractères de cette affection moins rare qu'on ne croit chez les enfants.

Sur 75 cas concernant des filles de 6 mois à 12 ans, relevés dans la littérature médicale depuis 1885, on peut noter les faits suivants :

1° L'affection primitive était presque toujours une vulvovaginite, rarement une gonococcie oculaire.

2° L'intervalle de temps séparant le début de l'arthrite de l'évolution de la vulvovaginite oscillait entre 2 jours et 2 mois ; une fois il atteignit 3 ans.

3° La durée de l'affection articulaire fut en moyenne de 23 jours (1 à 52 jours), souvent avec des manifestations polyarticulaires mobiles devenant plus tard monoarticulaires et fixes. La guérison est plus précoce que chez l'adulte. L'état général est habituellement peu touché.

4° L'atteinte des genoux est relativement rare, les grosses articulations sont peu lésées.

Rarement on observe des épanchements articulaires, sauf chez les nourrissons qui présentent alors des arthrites purulentes.

5° L'évolution est plus favorable que chez l'adulte, avec peu d'ankylose malgré l'intensité de la périarthrite aiguë.

6° En ce qui concerne le diagnostic étiologique, l'examen négatif des sécrétions vaginales ne doit pas être considéré comme probant. Si les signes cliniques sont suspects, il est indiqué de refaire une recherche de gonocoque tous les 8 jours après essais de réactivation.

G. Dreyfus-Sée.

ERGEBNISSE DER CHIRURGIE UND ORTHOPADIE

(Berlin)

E. Suger (Heidelberg). ***Thrombose veineuse post-opératoire et embolie pulmonaire*** (*Ergebnisse der Chirurgie und Orthopädie*, Tome XXIV, 1931; pages 326-385). — La question de la thrombose veineuse post-opératoire et de l'embolie pulmonaire constitue pour les chirurgiens actuels une question aussi importante que celle de l'asepsie pour les chirurgiens du siècle précédent. On considère, généralement, avec Lubarsch, trois grandes causes à la thrombose : altération du sang, altération de la paroi vasculaire, altération de l'appareil circulatoire.

Presque tous les auteurs ont signalé aux environs des années 1924-1926 une recrudescence notable des phlébites post-opératoires et des embolies mortelles. L'auteur se livre à ce sujet à un travail statistique extrêmement complexe, où les chiffres sont envisagés sous de multiples points de vue; la lecture de ce long chapitre est souvent ingrate à analyser, mais néanmoins il s'en dégage des idées générales intéressantes. C'est ainsi que l'on voit: 161.537 interventions (entre 1912 et 1930 suivant les statistiques) se compliquer dans 422 cas *d'embolie mortelle*, soit un pourcentage de 0,27 pour 100. Suivant les statistiques, le pourcentage varie entre 0,07 pour 100 et 0,8 pour 100. Il est important de comparer ces chiffres à ceux fournis par les *cliniques médicales:* sur 52.097 malades décédés entre 1912 et 1929, 178 malades sont morts d'embolie pulmonaire, soit un pourcentage de 0,34 pour 100 (qui se trouve donc supérieur à celui observé après les interventions chirurgicales). De même, à l'*Institut pathologique*, sur 20.300 autopsies pratiquées entre 1912 et 1928 on a relaté 421 embolies mortelles, soit un pourcentage de 2,07 pour 100.

L'auteur discute ensuite le rôle de l'infection dans la pathogénie de la thrombose et reconnaît que l'infection à elle seule n'explique pas tout. Dans la statistique de De Quervain, 32 pour 100 des embolies mortelles sont survenues après des opérations aseptiques et 68 pour 100 après des interventions septiques. Il y a également une influence saisonnière; les thromboses sont plus fréquentes pendant les mois d'hiver, lors des épidémies de grippe. Il y aurait aussi, d'après Rehn, un état constitutionnel prédisposant à l'embolie: malades gras, à musculature scapulaire et abdominale assez développée, alors que celle des jambes est au contraire plus faible que sur le restant du corps. Höring, sur 131 embolies pulmonaires, trouve 33 fois une forte adiposité. Cet état est également signalé par nombre d'autres auteurs.

Ce qui prouve bien le rôle de l'état antérieur du malade, c'est que le plus grand nombre d'embolies mortelles est observé après les laparotomies exploratrices (statistique de Scheidegger): 4,04 pour 100.

Viennent ensuite les interventions gynécologiques: 3,10 pour 100, les interventions sur le tube digestif 2,80 pour 100, celles sur la prostate 2,06 pour 100, etc.

Au point de vue prophylactique, il faut réduire le traumatisme opératoire au minimum; dans les jours qui suivent hydrater l'opéré, surveiller l'état cardiaque, ne pas utiliser les bandages trop compressifs, etc.

S. expose ensuite très longuement les innombrables moyens thérapeutiques préconisés pour prévenir la thrombose et l'embolie et termine son article par les résultats de l'opération de Trendelenburg qui a donné dans les dernières années d'indiscutables succès.

J. Sénèque.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Leipzig)

V. Schilling. ***Symptômes témoignant d'une fonction hormonique de la rate*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 12, 22 Avril 1932). — Les observations cliniques permettent d'envisager des relations entre la rate et l'érythropoïèse. Les maladies spléniques s'accompagnent immédiatement d'anémies spléniques à caractères hémato-leucocytaires spéciaux. Si les plaquettes sanguines appartenaient au système érythropoïétique on observerait simultanément un purpura thrombopénique.

Le seul symptôme connu se rapportant à l'action hormonale de la rate était l'apparition d'une structure anormale érythrocytaire des corps de Jolly qu'on peut considérer comme un trouble de l'érythropoïèse. D'autres modifications histologiques ont été mises en évidence et en particulier l'influence de la splénectomie constitue un élément important du problème. S. considère donc que la rate exerce sur l'érythopoïèse une action hormonique agissant surtout sur le centre érythrocytaire dont les relations avec les processus nucléaires, la formation de corpuscules intra-globulaires et de centrosomes anormaux serait démontrée.

En pratique, la splénectomie précoce lors des altérations de l'hématopoïèse serait indiquée d'autant plus que les troubles qu'elle entraîne ne sont nullement comparables aux altérations graves que déterminerait le travail d'une rate pathologique. Il demeure d'ailleurs probable que cette fonction hormonale splénique ne constitue qu'une partie infime de son rôle et en particulier que les rates malades peuvent exercer une action nocive multiple et complexe sur l'organisme.

G. Dreyfus-Sée.

G. Kugelmann. ***Les dangers des trop grosses doses d'insuline dans la thérapeutique des maladies du foie*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 12, 22 Avril 1932). — Nombre d'auteurs ont pu mettre en évidence l'action favorable exercée par l'insulinothérapie sur le foie diabétique pauvre en glycogène, et on a été ainsi encouragé à tenter l'emploi de ce traitement pour toutes les altérations diffuses hépatiques. Cependant l'expérimentation montre que le glycogène hépatique des animaux sains ne se comporte pas après injection d'insuline comme celui des animaux diabétiques. Le plus souvent, l'enrichissement en glycogurie n'est pas observé dans le foie normal.

K. a essayé de rechercher l'influence des grosses doses d'insuline sur le fonctionnement hépatique des hommes sains. Chez des sujets à foie normal, il vérifiait la courbe glycémique après ingestion de 100 gr. de lévulose, puis après injection de 15 unités d'insuline intraveineuse suivie d'une nouvelle ingestion de 100 gr. de lévulose. Dans ces conditions, un trouble net des échanges hydrocarbonés pouvait être noté. Par contre, 5 unités d'insuline ne modifiaient nullement la courbe hyperglycémique normale succédant à la prise de lévulose.

Les mêmes troubles, dus à une altération du fonctionnement hépatique, s'observaient lorsqu'un eme d'adrénaline était injecté sous la peau 2 heures avant l'ingestion de sucre.

Il ne s'agit pas d'un simple appauvrissement en glycogène hépatique, car chez un sujet mis à la diète hydrocarbonée l'épreuve d'ingestion de lévulose donne lieu à une courbe d'hyperglycémie provoquée normale.

Des observations cliniques, il ressort également une différence d'action nette entre l'effet des grosses doses d'insuline et celui des petites doses telles que 5 à 10 unités sous-cutanées 2 fois par jour, avec administration simultanée d'hydrate de carbone. Ces doses minimes agiraient en fixant le glycogène et stimulant le fonctionnement hépatique à condition d'éviter à tout prix les moindres symptômes d'hypoglycémie qui contre-indiqueraient absolument la médication. En outre, la posologie exacte du sucre ingéré doit être surveillée de près. De trop grandes quantités (100 gr. et plus) déterminent une production insulinique excessive qui, s'ajoutant à l'insuline injectée, risquerait d'entraîner l'hypoglycémie. Il importe donc d'insister sur les différences essentielles qui séparent la cure d'engraissement par de hautes doses d'insuline et de sucre et la cure de stimulation hépatique comportant de faibles quantités d'insuline et peu de sucre. Les buts totalement dissemblables, poursuivis dans les 2 cas, justifient des procédés de traitement opposés.

G. Dreyfus-Sée.

P. Esch. ***L'examen du sang durant la grossesse; contribution à l'étude de l'anémie gravidique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 12, 22 Avril 1932). — Sur 700 femmes enceintes examinées dès leur entrée à la clinique, 383 (54,7 pour 100) avaient moins de 20 pour 100 d'hémoglobine. Nulle différence nette ne put être notée entre les primipares et les multipares à ce point de vue. L'âge jusqu'à 35 ans ne joue aucun rôle et le nombre restreint de femmes plus âgées dont le sang a pu être examiné ne permet aucune conclusion.

Le taux d'hémoglobine s'accroît souvent lors des derniers mois de la grossesse, en particulier durant le 9e mois : en même temps survient fréquemment une augmentation de nombre des hématies.

Dans 61 des cas observés, il s'agissait d'une anémie avec hypochromie comme celle de l'ancienne chlorose.

Le traitement par le fer réduit n'a fourni que des résultats peu satisfaisants; l'arsenic n'a guère eu plus de succès.

En pratique E. insiste sur l'examen sanguin des femmes enceintes qui lui paraît devoir rentrer dans le groupe des recherches à poursuivre systématiquement lors des consultations prophylactiques prénatales.

G. Dreyfus-Sée.

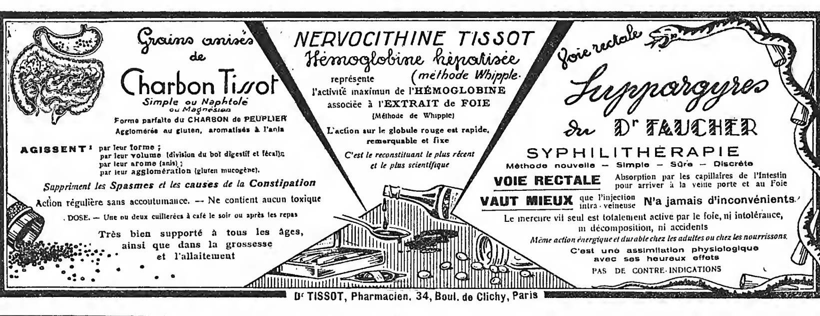
ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE

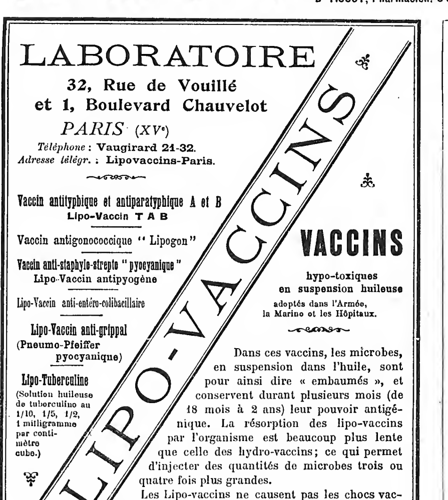
(Leipzig)

Kattentidt. ***Nouvelle contribution à l'examen radiologique systématique des étudiants de Munich*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXII, n° 4, 1931). — L'auteur expose en un long article illustré de courbes, de très nombreux tableaux et de clichés démonstratifs les résultats globaux tels qu'ils découlent des radiographies faites en série pendant deux ans chez 10.315 étudiants munichois. Ces résultats ont été confrontés avec les radiographies de 10.000 sujets astreints à un examen obligatoire: cette confrontation a montré tout l'intérêt de l'examen radiologique fait en série et de façon systématique, pour le dépistage des tuberculoses inapparentes. Néanmoins, l'examen aux rayons X devrait toujours être accompagné d'un examen clinique complet, et d'une observation détaillée. Il ressort des statistiques auxquelles a pu se livrer l'auteur à ce sujet que l'âge d'élection pour cette enquête clinico-radiologique est 21 ans. Mais de nombreuses constatations positives ont été faites également chez les candidats au baccalauréat. Ce mode d'investigation permet de déceler une tuberculose en activité deux ans plus tôt que si l'on attend les symptômes cliniques.

A l'appui de ces dires, l'auteur cite une cinquantaine d'observations qu'illustrent des clichés: elles concernent toutes des individus bien portants chez lesquels l'examen aux rayons a mis en évidence des foyers de condensation, des spélonques, ou des scléroses étendues.

G. Basch.


Grains anisés de Charbon Tissot
Simple ou Naphtolé ou Magnésien
Forme parfaite du CHARBON de PEUPLIER Agglomérés au gluten, aromatisés à l'anis
AGISSENT : par leur forme ; par leur volume (division du bol digestif et fécal) ; par leur arome (anis) ; par leur agglomération (gluten mucogène).
Suppriment les Spasmes et les causes de la Constipation
Action régulière sans accoutumance. — Ne contient aucun toxique
DOSE. — Une ou deux cuillerées à café le soir ou après les repas
Très bien supporté à tous les âges, ainsi que dans la grossesse et l'allaitement
NERVOCITHINE TISSOT
Hémoglobine hépatisée (méthode Whipple)
représente l'activité maximun de l'HÉMOGLOBINE associée à l'EXTRAIT de FOIE (Méthode de Whipple)
L'action sur le globule rouge est rapide, remarquable et fixe
C'est le reconstituant le plus récent et le plus scientifique
Voie rectale Suppargyres du Dr FAUCHER
SYPHILITHÉRAPIE
Méthode nouvelle — Simple — Sûre — Discrète
VOIE RECTALE Absorption par les capillaires de l'Intestin pour arriver à la veine porte et au Foie
VAUT MIEUX que l'injection intra-veineuse N'a jamais d'inconvénients
Le mercure vif seul est totalement activé par le foie, ni intolérance, ni décomposition, ni accidents
Même action énergique et durable chez les adultes ou chez les nourrissons.
C'est une assimilation physiologique avec ses heureux effets
PAS DE CONTRE-INDICATIONS
Dr TISSOT, Pharmacien, 34, Boul. de Clichy, Paris


LABORATOIRE
32, Rue de Vouillé et 1, Boulevard Chauvelot
PARIS (XVe)
Téléphone : Vaugirard 21-32.
Adresse télégr. : Lipovaccins-Paris.
Vaccin antityphique et antiparatyphique A et B Lipo-Vaccin T A B
Vaccin antigonococcique " Lipogon "
Vaccin anti-staphylo-strepto " pyocyanique " Lipo-Vaccin antipyogène
Lipo-Vaccin anti-entéro-colibacillaire
Lipo-Vaccin anti-grippal (Pneumo-Pfeiffer pyocyanique)
Lipo-Tuberculine (Solution huileuse de tuberculine au 1/10, 1/5, 1/2, 1 milligramme par centimètre cube.)
LIPO-VACCINS
VACCINS
hypo-toxiques en suspension huileuse
adoptés dans l'Armée, la Marine et les Hôpitaux.
Dans ces vaccins, les microbes, en suspension dans l'huile, sont pour ainsi dire « embaumés », et conservent durant plusieurs mois (de 18 mois à 2 ans) leur pouvoir antigénique. La résorption des lipo-vaccins par l'organisme est beaucoup plus lente que celle des hydro-vaccins ; ce qui permet d'injecter des quantités de microbes trois ou quatre fois plus grandes.
Les Lipo-vaccins ne causent pas les chocs vaccinaux très graves qui ont été signalés dans l'emploi des vaccins en suspension aqueuse dont les corps microbiens lysés provoquent l'intoxication brutale de l'organisme.


Marque déposée
Solmines Wuhrlin Hondouville Eure
des compresses qui ne collent pas
Les "SOLMINES WUHRLIN", compresses de tulle vaseliné aseptique, ne collent pas aux plaies ; s'enlèvent facilement lors des pansements et, par suite, facilitent la cicatrisation. Les " SOLMINES WUHRLIN " sont le pansement idéal des brûlures qu'elles maintiennent à l'abri de l'air en procurant un soulagement immédiat.
Se font "Neutres", "Baume du Pérou", "Vioforme", "Dermatol", "Airol", "Xéroforme", "Acide Picrique".
Bien spécifier "Neutres" ou l'antiseptique.
Solmines Wuhrlin
Pour Échantillons et Littérature, s'adresser : LABORATOIRES WUHRLIN Hondouville Eure (FRANCE)
HAVAS

ZEITSCHRIFT FUR KREISLAUFFORSCHUNG
(Leipzig et Dresde)

A. Schretzenmayr. ***L'action des « hormones circulatoires » sur le tonus des vaisseaux*** (*Zeitschrift für Kreislaufforschung*, tome XXIV, n° 8, 15 Avril 1932). — On tend de plus en plus à admettre que les soi-disant hormones cardiaques ne sont pas en réalité de nature hormonale et que ces extraits doivent leur efficacité dans les spasmes vasculaires (angine de poitrine, claudication intermittente, etc.) et les troubles du rythme à leur teneur en produits intermédiaires du métabolisme doués d'action sur les vaisseaux.

En présence des résultats assez discordants donnés jusqu'ici par l'expérimentation, S. a étudié pour une série de préparations la réaction du tonus des artérioles chez des chats anesthésiés à l'uréthane, au moyen de la méthode de Ganter, qui enregistre simultanément la pression artérielle, les modifications du tonus et la fréquence du cœur et se base sur la détermination de la vitesse avec laquelle la pression baisse dans le territoire vasculaire à étudier lorsque l'apport de sang à ce territoire est brusquement interrompu. Selon la largeur des artérioles, le sang s'écoule plus ou moins vite vers les capillaires et les veines, et en même temps la pression décroît plus ou moins rapidement.

Il a pu voir ainsi que toutes ces préparations (Eutonon, Myoston, Lakarnol, Padutin) se ressemblent dans leurs effets sur la circulation en ce qu'elles ont leur point d'attaque, non au niveau des centres, mais au niveau de la périphérie, et qu'elles provoquent une diminution plus ou moins grande du tonus des artérioles des membres, de l'intestin et des reins.

Mais, entre les diverses « hormones », il existe des différences, non seulement quantitatives, mais aussi qualitatives, dans leurs propriétés. On peut ainsi distinguer dans l'Eutonon trois constituants doués d'action sur les vaisseaux, l'un analogue à la choline, un autre sympathomimétique, le troisième diminuant le tonus des muscles des artérioles. L'abaissement du tonus déterminé par les extraits musculaires Myoston et Lakarnol est comparable pharmacologiquement à celui que réalise l'acide adénosine-phosphorique. En outre, le Myoston renferme un constituant sympathomimétique. La préparation Padutin, extraite de l'urine, produit une diminution du tonus des artérioles par action directe sur les muscles.

Si l'on crée des troubles du rythme cardiaque au moyen du Gynergène, du baryum ou du calcium, on constate que ces « hormones » sont capables de les faire disparaître, tout comme l'acide adénosine-phosphorique. Aussi semble-t-il séduisant de substituer cette substance d'action plus constante aux soi-disant hormones dans la thérapeutique des affections spasmodiques des vaisseaux.

P.-L. Marie.

ZENTRALBLATT FUR INNERE MEDIZIN
(Leipzig)

A. Schoop. ***Le pneumothorax thérapeutique bilatéral*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome LIII, n° 16, 16 Avril 1932). — S. a traité par le pneumothorax bilatéral 141 cas de tuberculose pulmonaire, la plupart très avancés, même du côté le moins atteint. Il compte 29 guérisons cliniques (disparition des bacilles depuis un an, absence de signes cliniques et de processus radiologiques en activité), 13 se maintenant depuis trois à cinq ans malgré un travail souvent pénible, 58 améliorations, dont 13 considérables (bacilloscopie négative 5 fois de suite, mais temps écoulé insuffisant pour affirmer la guérison), 32 améliorations notables de l'état général et local, 2 améliorations suivies de rechute à domicile. 54 malades ont succombé, dont 21 avaient cessé trop tôt leur cure; dans 9 cas, il n'y avait pas eu d'amélioration et dans 6 cas seulement l'intervention avait aggravé l'état des patients.

A la lumière de ces constatations, S. précise les indications du pneumothorax bilatéral. On le fera : 1° Dans les cas de tuberculose limitée à un seul côté où le collapsus du côté malade n'a pas réussi complètement par suite d'adhérences ou, quand le collapsus paraissant complet, les bacilles ne disparaissent pas de l'expectoration, ou lorsque le médiastin se laisse trop déplacer; 2° dans les cas de tuberculose à prédominance unilatérale dans lesquels l'autre côté s'aggrave ou dans lesquels le collapsus unilatéral ne comprime pas assez le côté le moins touché; en pareil cas on réalisera sans tarder le second pneumothorax; 3° dans les cas de tuberculose bilatérale à tendance fibreuse et même dans les cas récents à tendance exsudative, ainsi que chez les porteurs de cavernes bilatérales se laissant affaisser. Même dans des cas de processus bilatéraux étendus, S. a eu quelques succès. Dans ces cas, la capacité vitale offre un grand intérêt pronostique il y a des chances sérieuses de succès si elle est d'environ 2.000 cmc et ne tombe pas audessous de 1000 à 1500 cmc au cours des réinsufflations successives. Si elle tombe au-dessous de 1.000, il ne faut pas continuer la collapsothérapie. Dans les cas de tuberculose bilatérale, S. commence à traiter le côté semblant le plus récemment atteint; 4° dans les cas d'hémoptysie et d'empyème.

Partisan du pneumothorax sous pression assez forte (jusqu'à 20 et 40 cmc d'eau), il fait des insufflations relativement considérables, 400 à 1.000 cmc et même 1.400, selon la capacité vitale. Il fait toujours le pneumothorax en deux temps, de même que les réinsufflations. Il recommande la mesure de la capacité vitale pour déterminer le volume d'air à introduire. Après l'insufflation il doit rester une capacité vitale d'au moins 500 cmc.

Les contre-indications sont l'atteinte bilatérale très étendue, une tuberculose miliaire importante, la cachexie, un âge trop avancé (plus de 50 ans) rendant le thorax rigide, l'existence d'autres localisations; toutefois la tuberculose laryngée, sauf au cas de formes ulcéreuses graves, n'est pas une contre-indication, non plus que les ostéo-arthrites épisodiques. Plus est grande l'expérience personnelle du pneumothorax bilatéral, et plus on a tendance à étendre ses indications. Ses dangers sont les mêmes que ceux du pneumothorax unilatéral. La survenue d'un exsudat ou d'un empyème ne doit pas faire cesser la collapsothérapie. Au cas d'empyème, complication grave, S. s'est bien trouvé des injections de glycérine iodoformée.

P.-L. Marie.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Pal. ***Lésions cérébrales et angiospasme chez les hypertendus*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 42, 16 Octobre 1931). — Dans cette courte note, P. rappelle que la pathogénie des accidents cérébraux chez les hypertendus est multiple, comme est complexe d'ailleurs la pathogénie de l'hypertension elle-même. Dès 1903, il a montré le rôle du spasme vasculaire dans la colique de plomb, l'urémie nerveuse et l'éclampsie. Ce spasme frappe avec prédilection les artères cérébrales soit d'un seul côté, soit de manière bilatérale; il peut être amélioré par l'inhalation de nitrite d'amyle et cède bien souvent au bout de quelques jours; néanmoins, dans certains cas, cette vaso-constriction ne cède pas, et l'on note alors à l'examen anatomique un ramollissement blanc.

P. considère comme caractéristique d'une lésion du lobe occipital la dilatation pupillaire; dans le cas de lésions unilatérales, la mydriase indique le côté lésé. L'angiospasme cérébral survient au cours d'une poussée hypertensive et disparaît avec celle-ci. Quant aux foyers de ramollissement ou d'hémorragie, ils sont relativement rares, du fait peut-être de l'hypertonie associée des artères et des veines.

Au contraire, dans l'hypertension primitive, « primäre Hypertonie », seules les artères et les artérioles sont atteintes, alors que les capillaires, les veinules et les veines sont normales. Dans cette variété, les hémorragies sont d'origine veineuse et résultent de cette dysharmonie entre les deux systèmes.

En résumé, la pathogénie des accidents cérébraux des « hypertoniques » est complexe : il s'agit soit de spasme, soit de petits foyers hémorragiques à point de départ veineux ou artériel (l'état des parois vasculaires jouant un rôle plus important que les variations tensionnelles soit d'œdème cérébral).

G. Basch.

Ivan Jovanovitch. ***Syphilis de la vessie*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 43, 24 Octobre 1931). — La syphilis vésicale est plus fréquente qu'on l'a cru jusqu'ici, les observations se multipliant à la faveur des examens cystoscopiques pratiqués systématiquement chez les malades. Il s'agit, le plus souvent, de manifestations précoces, indolores, atteignant presque toujours le trigone, le bas-fond et la région du sphincter, mais épargnant les méats urétéraux, accidents généralement tenaces.

Il s'agit soit d'accidents secondaires, sous forme d'ulcérations cratériformes saignant peu et fréquemment recouvertes d'un peu de pus, soit, dans d'autres cas, de productions exubérantes de la muqueuse pouvant parfois lui conférer l'aspect de peau chagrinée; on décèle également des nodules, des taches veloutées, des macules diffuses rouge foncé, des papules, des membranes nébuleuses, des plaques ecchymotiques, des plaques muqueuses, etc... Toutes ces lésions, contemporaines des efflorescences secondaires, donnent habituellement lieu au minimum de symptômes subjectifs, mais parfois à des hématuries.

La syphilis tertiaire de la vessie est également indolore, mais s'accompagne souvent d'hématurie. L'aspect des lésions est très polymorphe; néanmoins, il s'agit le plus souvent d'ulcérations, le stade gommeux passant inaperçu.

Enfin, la syphilis héréditaire tardive donne lieu également à des lésions ulcéreuses ou gommeuses.

G. Basch.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

Brown. ***Les extractions dentaires et l'endocardite infectieuse chronique*** (*British medical Journal*, n° 3721, 30 Avril 1932). — Les maladies rhumatismales sont causées par les toxines streptococciques provenant d'un foyer infectieux dont le siège est souvent à l'apex des dents. Chez les malades souffrant de manifestations rhumatismales, il est indiqué d'extraire, après radiographie, la ou les dents malades. Mais cette extraction, chez des sujets de faible résistance ou atteints de lésions valvulaires, doit se faire sous anesthésie générale, car l'infiltration de la gencive par une solution anesthésique doit faire redouter une dissémination des streptocoques dans la circulation générale. La dent extraite, il faut faire un ensemencement de son apex, apprécier le degré d'immunité du malade contre le streptocoque et ne pas procéder à de nouvelles extractions sans avoir vacciné le malade,

graduellement à petites doses. A l'appui de cette opinion, B. cite le cas d'une malade chez laquelle il vit se développer une endocardite lente à la suite d'extractions dentaires faites sous anesthésie locale.

André Plichet.

THE BRITISH JOURNAL of SURGERY (Londres)

C. R. Broster et **H. Gardner Hill.** ***Le syndrome « surrénalo-génital » associé à une hyperplasie de la corticale surrénale; résultats de l'extirpation unilatérale de la surrénale*** (*The British Journal of Surgery*, tome XIX, n° 76, Avril 1932, avec 18 fig.). — Chez la femme, l'association de lésions de la corticale surrénale avec l'hirsutisme et le virilisme est connue sous le nom de « syndrome surrénalo-génital ».

Au niveau de la surrénale, on trouve tantôt une tumeur bénigne ou maligne, tantôt une simple hyperplasie diffuse de la corticale.

Les auteurs publient 3 observations fort intéressantes, qu'il est impossible de résumer en quelques lignes, où ils pratiquèrent une laparotomie exploratrice, pour apprécier l'état des organes génitaux et l'hypertrophie de la surrénale. Dans une deuxième séance, ils enlevèrent une surrénale augmentée de volume. L'examen histologique révéla une simple hypertrophie de la corticale.

Les 3 observations concernent des types cliniques très différents de ce syndrome surrénalo-génital: 1 cas de pseudo-hermaphodisme, 1 cas de virilisme et d'hirsutisme et 1 cas de syndrome d'Achard-Thiers (diabète des femmes à barbe).

Les effets de la surrénalectomie unilatérale sur l'hypertrichose et sur le changement des caractères sexuels a été nul dans deux cas. Seule la malade atteinte de virilisme et d'hirsutisme a été grandement améliorée: chute des poils et retour de la menstruation.

Jacques Leveuf.

Gordon Taylor et **Philip Wiles.** ***Un cas de tumeur parathyroïdienne associée à une maladie fibro-kystique des os*** (*The British Journal of Surgery*, tome XIX, n° 76, Avril 1932, avec 16 fig. dont 2 en couleur). — Il s'agit de l'observation très complète d'une jeune fille de 20 ans, dont on avait désarticulé la hanche gauche pour fracture spontanée, non consolidée, qu'on pensait en rapport avec la présence d'une tumeur maligne.

Des examens radiographiques ultérieurs montrèrent que la malade était atteinte de maladie fibrokystique de tout le système osseux.

Cette jeune fille se fit, quelque temps après, une fracture spontanée de l'autre fémur.

Bien que la palpation ne montrât rien de particulier au niveau du corps thyroïde, une exploration des parathyroïdes fut décidée. Les auteurs trouvèrent un adénome parathyroïdien droit qu'ils enlevèrent.

L'opérée fit des accidents de rétanie dont elle finit par guérir.

A la suite de l'intervention, la fracture du fémur se consolida, et les os malades montrèrent, sur des radios successives, une augmentation de la densité osseuse et la disparition des aires de raréfaction des os.

Les auteurs publient des examens en série du taux du calcium et du phosphore du sang.

Dans le cas particulier, la calcémie n'a donné aucun renseignement valable sur l'état de raréfaction des os et n'a averti en rien de l'imminence des accidents de tétanie.

L'examen histologique des os du membre désarticulé montre les lésions habituelles de la maladie fibro-kystique.

L'adénome parathyroïdien ne diffère pas sensiblement, par sa structure, d'une parathyroïde normale, mais l'aspect histologique traduit un certain degré d'hyperactivité de la glande.

Jacques Leveuf.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Throne, Kingsbury et **Myers.** ***Accidents survenant après les injections intraveineuses de sels d'or*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XXV, n° 3, Mars 1932). — Les auteurs passent en revue les accidents qui peuvent survenir après l'administration des sels d'or: prurit, érythème eczématiforme, bulleux, purpura, érythrodermie exfoliatrice, hémorragies des muqueuses de la bouche, du poumon, de l'estomac et de l'intestin, des reins, de l'utérus, parfois la mort. On a aussi observé des réactions focales dans le lupus érythémateux, analogues à la réaction de Herxheimer, et dans le lupus disséminé une exacerbation de ce lupus.

Tous ces troubles ne sont pas spéciaux à l'or, mais peuvent s'observer avec les autres métaux lourds, mercure, arsenic, bismuth.

Une séquelle semble être cependant spéciale à l'or, c'est la persistance d'une pigmentation bleuâtre de la peau.

Les infections de la bouche, des dents doivent être traitées avec soin; chez des malades, qui avaient eu des accidents cutanés après les injections auriques, il a suffi de mettre la bouche en état pour pouvoir continuer l'aurothérapie.

Il est bon de faire une analyse du sang; une teneur élevée en sucre, une diminution des chlorures et de l'urée indiquent un trouble de fonctionnement des viscères et doivent inciter à être très prudent dans l'administration des sels d'or.

Le premier signe d'intolérance est la sécheresse de la bouche et le prurit; il faut alors cesser l'aurothérapie et injecter de l'hyposulfite de soude. Ces symptômes sont souvent accompagnés d'une augmentation du sucre du sang et d'une diminution des chlorures et de l'urée.

Il est impossible de déterminer à l'avance la dose qui sera tolérée; mais la dose initiale doit toujours être faible, ne dépassant pas 25 milligr.; on augmentera progressivement, si le produit est bien supporté.

Des contre-indications absolues à l'aurothérapie sont: les altérations du foie et des reins, la grossesse, le lupus érythémateux aigu et la fièvre.

R. Burnier.

Templeton et **Lunsford.** ***Eczéma solaire et porphyrie*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XXV, n° 4, Avril 1932). — T. et L. rapportent 2 cas d'eczéma solaire associé à la porphyrie. L'un survint chez une jeune fille de 19 ans qui avait cet eczéma exclusivement l'été; l'eczéma disparaissait l'hiver ou quand la peau était protégée contre la lumière. Cette malade ne présentait aucun symptôme nerveux. Son urine contenait de la porphyrine, quand elle souffrait d'eczéma, mais la porphyrine disparaissait en hiver en même temps que l'eczéma.

L'autre cas concerne un enfant de 2 ans chez lequel les symptômes cutanés s'accompagnèrent de symptômes nerveux graves, de photophobie, comme on l'observe dans l'hématoporphyrie aiguë. L'affection se termina par la mort.

Il est difficile d'admettre comme autrefois que l'hématoporphyrie est la cause de la sensibilisation à la lumière. La porphyrine s'observe seulement dans 1/4 des cas d'hydroa vacciniforme, type des photodermatoses; elle est absente dans d'autres lucites. D'autre part, la porphyrine peut exister dans l'urine et les fèces sans produire de sensibilisation de la peau à la lumière, comme le montrent les cas graves d'hématoporphyrie et la porphyrie symptomatique qui accompagne les maladies aiguës.

T. et L. ont pu produire de la porphyrinurie chez 11 malades non sensibles à la lumière à la suite d'irradiation par rayons ultra-violets.

Ils pensent que la porphyrie est probablement le résultat, mais non la cause, d'une sensibilisation de la peau.

Le traitement de ces lucites consiste naturellement à protéger la peau contre les rayons solaires (port d'un grand chapeau, application de crèmes filtrant les rayons ultra-violets: rouge, quinine). On a aussi proposé la désensibilisation progressive de la peau par des doses croissantes de lumière solaire ou artificielle à dose homéopathique. Barber a obtenu de bons effets par une cure diététique: régime sans viande, acide chlorhydrique par la bouche, contrôle de la constipation, administration d'un vaccin intestinal suivant la méthode de Danysz.

R. Burnier.

Weiss. ***Urticaire par le froid*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XXV, n° 5, Mai 1932). — Une juive de 39 ans, examinée en Août 1925, se plaignait depuis 7 semaines de poussées d'urticaire. L'examen général ne montra qu'une constipation opiniâtre et une tumeur fibreuse de l'utérus. Une série de tests alimentaires ne donna aucun résultat au sujet de la pathogénie de cet urticaire qui se manifestait surtout au froid; le fait de tenir un verre d'eau froide causait de l'urticaire des mains; si la malade buvait de l'eau froide, elle avait de l'urticaire du pharynx; si elle s'asseyait sur un objet froid, l'urticaire apparaissait aux fesses. Une vessie de glace appliquée en divers points du corps fit également apparaître de l'urticaire au point d'application.

On essaya de désensibiliser la malade au froid après des bains à température décroissante; une amélioration fut obtenue; mais en 1928 des poussées d'urticaire existaient toujours.

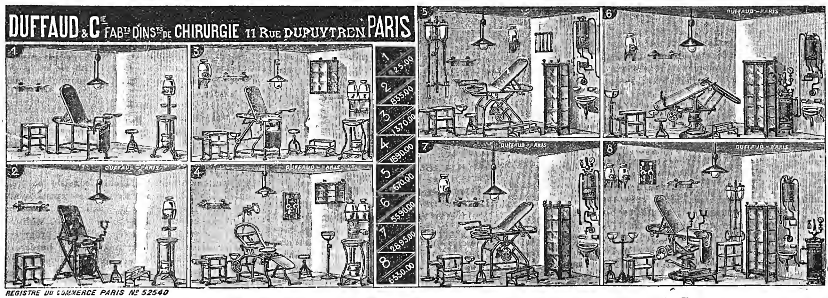
A cette époque, la tumeur abdominale, qui comprimait l'intestin et causait des douleurs, dut être opérée. En 1931, la malade déclara qu'elle n'avait plus eu d'urticaire depuis l'opération.

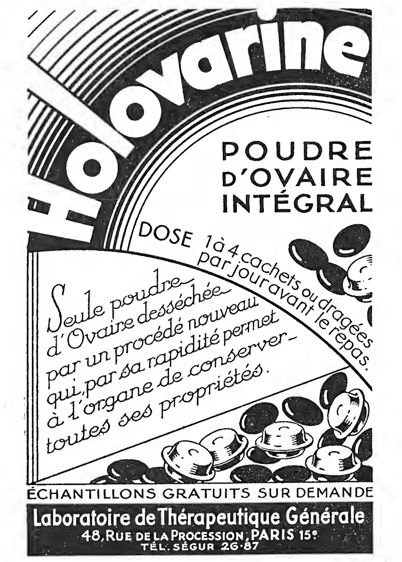
Il est difficile d'admettre que l'ablation de la tumeur utérine, qui déterminait une constipation opiniâtre, soit l'unique cause de la disparition de l'urticaire, car celui-ci était déjà amélioré avant l'opération. Mais il est certain que l'état cutané de la malade fut manifestement et radicalement modifié par l'opération.

R. Burnier.

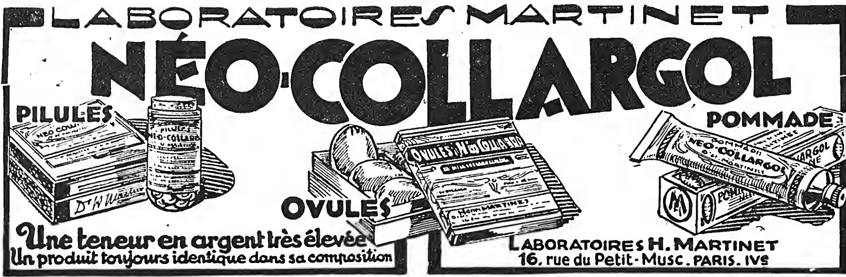
Madden. ***Lupus érythémateux aigu disséminé*** (*Archives of Dermatology, and Syphilology*, tome XXV, n° 5, Mai 1932). — M. rapporte 9 cas de lupus érythémateux aigu dont 6 se terminèrent par la mort. Cette affection s'observe surtout entre 30 et 40 ans. Les prodromes sont ordinairement vagues: douleurs rhumatoïdes, malaise général, fièvre. A la période d'état, la fièvre, d'allure septicénique, est souvent fort élevée, le pouls est accéléré; le malade se plaint de douleurs plus ou moins vives des muscles, des os et des articulations; il est prostré et transpire abondamment; parfois on note de l'irritabilité et du délire. Les troubles digestifs sont fréquents : anorexie, nausées, vomissements, diarrhée. On constate parfois une lymphadénite superficielle, une alopécie diffuse, secondaire à la toxémie. La perte de poids est proportionnelle à la durée de la maladie.

Les lésions cutanées débutent ordinairement à la face; la nuque, les mains, les extrémités, le tronc peuvent être atteints également; il s'agit de plaques rouges, parfois d'aspect érysipélateux, légèrement squameuses, sur lesquelles peuvent se développer des papules, des vésicules ou des bulles. Dans les cas moins aigus, on peut noter une atro-


DUFFAUD & Cie FABts D'INSts DE CHIRURGIE 11 RUE DUPUYTREN PARIS
1 125.00
2 835.00
3 1370.00
4 1890.00
5 670.00
6 5590.00
7 2895.00
8 6350.00
DUFFAUD — PARIS
REGISTRE DU COMMERCE PARIS No 52540


Holovarine
POUDRE D'OVAIRE INTÉGRAL
DOSE 1 à 4 cachets ou dragées par jour avant le repas.
Seule poudre d'Ovaire desséchée par un procédé nouveau qui, par sa rapidité permet à l'organe de conserver toutes ses propriétés.
ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE
Laboratoire de Thérapeutique Générale
48, RUE DE LA PROCESSION, PARIS 15e
TÉL. SÉGUR 26-87


HYPERTENSION
MENOPAUSE
Troubles oculaires
et auditifs
DETENSYL
HYPOTENSEUR VÉGÉTO-POLYHORMONIQUE
Abaissement
rapide et durable
de la tension artérielle
Échantillons et littérature au laboratoire
du Detensyl - 8, Av. Walkanaër - Nice
Agents sont demandés pour les pays étrangers
INFECTIONS INTESTINALES
Colibacilloses diverses
Syndrome entéro-rénal
ENTEROFAGOS
BACTÉRIOPHAGES INTESTINAUX-POLYVALENTS
Remplace
avantageusement
la thérapie par
les ferments lactiques
Échantillons et littérature au laboratoire
de Biologie Médicale - 7, Av. des Sources. Nice


LABORATOIRES MARTINET
NÉO-COLLARGOL
PILULES
OVULES
POMMADE
Une teneur en argent très élevée
Un produit toujours identique dans sa composition
LABORATOIRES H. MARTINET
16, rue du Petit-Musc. PARIS. IVe

phie au centre de la plaque. Sur les muqueuses, on peut voir des lésions analogues à un érythème polymorphe ou un pemphigus.

L'examen du sang montre ordinairement une anémie avec leucopénie; la leucocytose est rare. Les urines contiennent souvent de l'albumine, surtout dans les cas mortels.

L'hémoculture donne souvent des streptocoques. Dans son deuxième cas, M. a trouvé un coccus Gram positif, et dans son troisième cas du *Streptococcus viridans*.

Cette affection grave évolue avec des exacerbations et des rémissions; la mort est fréquente, au bout de trois à douze mois; elle est souvent due à des complications : pneumonie, néphrite, septicémie.

Dans 3 cas de M., l'examen *post mortem* ne révéla pas de tuberculose, mais une septicémie aiguë avec pneumonie.

La photosensibilisation cutanée est un facteur étiologique qu'on trouve dans plusieurs observations. Le malade n° 6 vit sa maladie débuter par un coup de soleil; chez le malade n° 7, l'exposition au soleil aggrava l'éruption. Des foyers d'infection buccale ou autre peuvent déterminer le lupus érythémateux aigu. Chez le malade n° 8, l'affection survient au cours d'une sinusite maxillaire aiguë suppurée. Après drainage du sinus, les symptômes s'atténuèrent. Une occlusion du sinus se produisit, les signes cutanés et la fièvre reparurent; ils disparurent quand le drainage fut rétabli. L'association du lupus érythémateux aigu avec des abcès dentaires et une amygdalite suppurée a été notée par plusieurs auteurs.

Le diagnostic se pose avec le lupus érythémateux chronique, l'érysipèle, la pellagre et l'érythème polymorphe.

Il n'y a pas de traitement spécifique. Les sels d'or doivent être employés à des doses très minimes; un des malades fut amélioré par ce traitement; 2 autres furent traités sans résultat. Les foyers d'infection dentaire ou autre seront soigneusement nettoyés. L'exposition aux rayons solaires ou actiniques doit être évitée; le malade n° 6 fut très aggravé par les rayons ultra-violets.

R. Burnier.

Levin et Silvers. *La réaction de la peau et de ses sécrétions dans l'eczéma* (*Archives of Dermatology and Syphilology*, tome XXV, n° 5, Mai 1932). — L. et S. ont recherché les réactions cutanées normales et pathologiques de la peau au moyen du pH. Normalement la réaction cutanée est acide et le pH varie de 5 à 5,3. La concentration de l'ion H dépend de l'intégrité de la couche cornée et de l'évaporation des sécrétions cutanées, de la sueur en particulier. Si la couche cornée est altérée ou si l'évaporation de la sueur est retardée, la réaction de la surface cutanée est modifiée.

Les surfaces intertrigineuses montrent un abaissement de la concentration de l'ion H. Une perspiration visible tend à augmenter le pH de la surface cutanée. L'évaporation de la sueur augmente l'acidité cutanée. Le pH des creux axillaires est plus élevé que celui de la peau du thorax. La diminution de l'acidité axillaire tient à la sécrétion des glandes apocrines et au retard de l'évaporation.

Chez un malade qui n'avait pas pris de bains depuis plusieurs mois, la réaction de la surface cutanée n'était pas modifiée.

Dans les eczémas aigus ou subaigus, la concentration de l'ion H de la surface cutanée est abaissée. Le pH est légèrement au-dessus ou au-dessous du point neutre. Dans les eczémas chroniques avec desquamation et lichénification, la réaction est très peu modifiée.

Dans l'érythrodermie, la réaction cutanée devient alcaline. Dans un cas d'érythrodermie, une tendance à la normale fut notée après l'amélioration consécutive à l'application d'une pommade.

R. Burnier.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

A. Roffo. *La teneur en cholestérine de la peau chez le fœtus et l'enfant : son rapport avec l'irradiation solaire* (*Prensa Medica Argentina*, tome XVIII, n° 23, 20 Janvier 1932). — Les propriétés héliotropiques de la cholestérine sont établies par les 3 faits suivants :

1° La peau des régions nues est plus riche en cholestérine que la peau des régions couvertes par les vêtements;

2° L'irradiation localisée de la peau d'un animal provoque une augmentation localisée du taux de la cholestérine;

3° Les animaux maintenus dans l'obscurité deviennent hypocholestériniques.

Reprenant ses travaux antérieurs, confirmés depuis Kawaguchi, R. a mesuré la teneur en cholestérine de la peau de fœtus et de nourrissons de différents âges au niveau des deux territoires, le mollet (ou le front) et l'abdomen.

Des tableaux comparatifs expriment que ces taux, presque égaux chez le fœtus, dont toutes les parties sont également abritées de la lumière, divergent dès le jour de la naissance pour devenir entre eux comme 2 à 1.

G. d'Heucqueville.

V. Dimitri. *Observations d'épilepsie myoclonique familiale avec étude histopathologique* (*Prensa Medica Argentina*, tome XVIII, n° 26, 20 Février 1932). — D. rappelle les travaux successifs qui, depuis la description d'Unverricht (1891), ont précisé les caractères de l'épilepsie myoclonique familiale. Il en rapporte 2 observations.

Le premier malade avait plusieurs sœurs traitées pour des troubles analogues. Depuis l'âge de 15 ans, il présente des crises convulsives nocturnes, précédées d'auras, sans confusion postparoxystique. Symptômes de la série pyramidale : exagération des réflexes, signe de Babinski. Puis apparaissent en outre des myoclonies qui s'accentuent de plus en plus, réalisant un paramyoclonus multiplex. Troubles du caractère. Examens humoraux négatifs.

Deuxième observation très comparable.

L'examen anatomique montre la présence en diverses régions de l'encéphale des « corpuscules amylacés » de Lafora, extracellulaires, caractéristiques, dont D., à la suite de Westphall, attribue la formation à un trouble métabolique. Les corpuscules se rencontrent spécialement dans les noyaux gris et le système olivo-cérébelleux. Ce dernier système est surtout électivement lésé (chromatolyse des neurones olivaires; cellules de Purikinje pâles, entourées d'un abondante prolifération gliale).

G. d'Heucqueville.

G. Sayago et J. Del Villar. *Cholestérol et tuberculose* (*La Prensa Medica Argentina, tome* XVIII, n° 27, 29 Février 1932). — Nouvelle enquête sur la cholestérolémie des tuberculeux, déterminée par la méthode de Grigaut. Des précautions ont été prises pour éliminer les erreurs dues aux médications, aux régimes, aux perturbations menstruelles.

Sur 288 malades (hommes et femmes), S. et D. V. ont dosé le cholestérol du sang, de l'expectoration, du liquide pleural. Ils ont établi des courbes horaires de cholestérolémie. En outre, des prélèvements ont été effectués sur le cadavre en diverses zones du parenchyme pulmonaire et des surrénales.

Les tuberculoses prolifératives donnent le chiffre moyen de cholestérolémie de 1,497 pour 100; les tuberculoses exsudatives, 1,273. Aux formes légères correspondent des chiffres plus élevés qu'aux formes graves. La cholestérolémie augmente au cours des poussées fébriles, avec hémoptysies, et pendant la cachexie terminale. Les améliorations se traduisent indistinctement par une augmentation ou une diminution du cholestérol.

Les zones caséifiées du poumon du cadavre sont très riches en cette substance; les surrénales au contraire plus pauvres que celles des non-tuberculeux.

G. d'Heucqueville.

REVISTA SUD-AMERICANA DE ENDOCRINOLOGIA (Buenos-Aires)

C. Natali et S. Caffarena. *Les syndromes pluriglandulaires avec gynécomastie chez les lépreux* (*Revista sud-americana de Endocrinologia*, tome XV, n°s 1 et 2, Janvier et Février 1932). — Les auteurs ont été frappés par la fréquence de la gynécomastie chez les lépreux internés à la léproserie Ste-Isabelle. Ils rapportent 6 observations avec examens histologiques de fragments prélevés par biopsie; observations très complètes surtout du point de vue endocrinologique. La plupart des 6 sujets ont été atteints à l'âge de pleine activité sexuelle.

La glande présente tous les caractères d'une mamelle féminine normale hors de la lactation, à l'exception des suivants : présence d'un réticule autour des formations épithéliales; sclérose du tissu interstitiel. Il est difficile de classer ce type de prolifération dans les processus de néoformation pathologique. Leur fonctionnement évolue suivant des cycles comparables à ceux des mamelles féminines.

N. et C. pensent que la gynécomastie traduit une déficience du testicule, fonctionnelle ou lésionnelle, en rapport avec la lèpre. Des manifestations analogues ont été signalées depuis par nombre d'auteurs. Ils opposent ces caractères hermaphroditiques somatiques acquis à l'hermaphrodisme originel.

G. d'Heucqueville.

ACTA DERMATO-VENEREOLOGICA (Stockholm)

Grzybowski et Stepien. *Cysticercose cutanée et méningée* (*Acta dermato-venereologica*, tome XIII, Mars 1932). — G. et S. rapportent l'observation d'un homme de 55 ans atteint depuis 5 ans de crises épileptiformes avec paresthésies et convulsions. Il y a 3 ans, il fut soigné pour un ténia intestinal. L'éosinophilie sanguine atteint 9 pour 100. La pression du liquide céphalo-rachidien est normale; mais la réaction de Nonne-Appelt est positive; il existe 0,9 pour 100 d'albumine : pléocytose : 115 par millimètre cube; nombreuses cellules éosinophiles.

Depuis 4 ans, étaient apparus dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres et du thorax des nodules mous, élastiques, mobiles sur les plans profonds, de la grosseur d'un pois à une cerise. Ces lésions n'étaient pas douloureuses et il n'y avait pas trace d'inflammation autour d'elles.

En présence de ces nodosités kystiques et des altérations du liquide céphalo-rachidien, on pensa immédiatement à une cysticercose de la peau et du système nerveux central, avec localisation probable dans les méninges des hémisphères. L'examen histologique des nodules kystiques excisés confirma le diagnostic en montrant la présence dans le liquide de larves (cysticerques) du *Taenia solium*.

Ce cas est intéressant par sa rareté, G. et S. relatent brièvement une quinzaine d'observations de cysticercose publiées récemment dans la littérature.

R. Burnier.





Échantillon gratuit, Littérature : 4 rue Lambrechts, COURBEVOIE (Seine)

CONTREXEVILLE

SOURCE PAVILLON

La Station des Arthritiques la plus active

Saison : 20 Mai - 25 Septembre

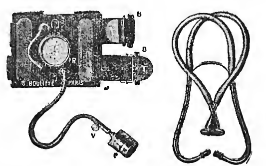
CASINO - SPORTS - EXCURSIONS -:- ÉTABLISSEMENT THERMAL DE 1er ORDRE

HOTEL COSMOS - HOTEL DE LA SOUVERAINE - HOTEL MAJESTIC

HOTEL DE L'ÉTABLISSEMENT — Tous sous la même direction

Prix spéciaux pour MM. les Docteurs

Établissements G. BOULITTE 15 à 21, rue Bobillot, PARIS (13e)



ARTÉROTENSIOMÈTRE nouveau modèle de **DONZELOT.**
Cet appareil a été mis au point dans le service du Pr VAQUEZ.
260 francs, frais d'envoi en sus.

Appareils de Précision
pour la MÉDECINE et la PHYSIOLOGIE

TOUS LES MODÈLES
D'APPAREILS POUR LA MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

ÉLECTROCARDIOGRAPHES
Modèles fixes à 1, 2 et 3 cordes. — Modèle portatif.

DIATHERMIE

Nouvel **OSCILLOMETRE** universel de **G. BOULITTE.**
BREVETÉ S.G.D.G.
Prix . . . . 580 francs.


Catalogue sur demande. | **Appareils pour la mesure du MÉTABOLISME BASAL** | Livraisons directes Province et Étranger.

REVUE DES JOURNAUX

PARIS MÉDICAL
(Paris)

H. Mouradian. ***Les broncho-pneumopathies paludéennes*** (*Paris Médical*, tome XXII, n° 17, 23 Avril 1932). — En milieu d'endémie paludéenne, l'auteur a observé de nombreuses bronchites; il est arrivé à la conclusion que le paludisme prépare un terrain favorable à la naissance et au passage à la chronicité des affections pulmonaires secondaires quel qu'en soit l'agent pathogène. Il a vu certains épisodes pulmonaires fébriles coïncidant avec la présence d'hématozoaires dans le sang guérir sous l'influence du traitement quinique.

Il range les pneumopathies paludéennes aiguës en formes bronchitiques simples, formes grippales simples, formes grippales à répétition ou à rechutes et les manifestations chroniques en formes bronchitiques chroniques apyrétiques ou sub-fébriles, formes fébriles continues ou pseudo-tuberculeuses, formes asthmatiques, formes rhino-trachéiques.

Si le paludisme est un terrain favorable pour les affections pulmonaires banales, certaines broncho-pneumopathies sont le résultat de l'action directe des hématozoaires ou de leurs toxines sur les bronches ou les poumons.

Le caractère de la fièvre, la fréquence des hémoptysies, l'examen des crachats sont des éléments importants pour le diagnostic. Le sang des crachats présente parfois les altérations caractéristiques du sang paludéen : augmentation de volume des globules, décoloration, vacuolisation; parfois, on peut mettre en évidence les parasites par coloration spéciale.

Les autres signes de paludisme, la spléno et l'hépatomégalie, la présence d'hématozoaires dans le sang circulant, l'efficacité du traitement quinique ont aussi une certaine valeur. Il faut bien entendu éliminer la tuberculose et les infections d'autre nature avant de conclure à la nature malarique de ces accidents pulmonaires.

Robert Clément.

Clapier. ***Le rhodanate de potassium : médicament de l'artériosclérose*** (*Paris Médical*, tome XXII, n° 22, 28 Mai 1932). — A en juger par la lecture de certains travaux, entre autres de celui de Goldring et Chasis (voir *La Presse Médicale*, n° 51, 1932, p. 142, Analyses), le sulfocyanate ou rhodanate de potassium serait un médicament dangereux, capable même de donner lieu à des intoxications mortelles; la marge de sécurité qui, chez certains sujets, est très étroite entre la dose thérapeutique et la dose toxique, en ferait une substance d'un maniement délicat dans la pratique.

Cependant d'autres auteurs, tels que Fineberg, ont pu administrer sans aucun incident, un gramme par jour de rhodanate pendant trois mois chez 21 malades et Gager n'a observé que deux fois des manifestations cutanées chez ses 35 patients qui prenaient 0 gr. 10 quotidiennement.

Bénichou a traité 30 hypertendus avec 0 gr. 90 par jour de rhodanate pendant un laps de temps qui a chez certains atteint deux mois et il le considère comme fort peu toxique et très maniable.

D'où proviennent ces divergences dans l'appréciation de la toxicité du rhodanate? Vraisemblablement de la présence d'impuretés venant souiller le médicament; il ne faut pas oublier qu'un rhodanate extrêmement pur est indispensable. Bénichou a trouvé des traces de cyanure dans un échantillon qui n'avait pas subi probablement la recristallisation indispensable.

Les constatations de C. viennent confirmer encore l'innocuité du rhodanate. Il a donné 0 gr. 90 par jour en ayant soin de fractionner cette dose en trois reprises et n'a pas vu de phénomènes toxiques se produire chez les 45 hypertendus, non albuminuriques et non azotémiques, qu'il a traités. Un de ses malades a pu prendre par erreur 3 gr. par jour pendant une semaine sans autre incident qu'un peu d'acné du visage. Il considère que la dose de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 par jour, prise en trois fois, est la plus convenable pour les traitements de longue haleine.

Il a été frappé des heureux effets de cette médication sur les troubles fonctionnels des hypertendus. La pression artérielle a baissé de 2 à 6 centimètres chez plus de la moitié des patients au bout de 3 à 6 semaines de traitement. De plus, il a pu constater, à la suite de l'absorption prolongée du médicament, des effets indiscutables sur le cœur et l'aorte (atténuation du retentissement du deuxième bruit aortique, éclaircissement des parois aortiques sur la radiographie), et sur les vaisseaux (assouplissement de certaines artères périphériques, élévation de l'indice oscillométrique). C. souligne les ressemblances qui existent entre l'action des rhodanates et celle des composés iodés, celle des premiers étant toutefois plus intense. Les légers effets secondaires fâcheux qu'on observe parfois (acné, coryza) sont une similitude de plus.

On peut rapprocher des résultats de C. ceux qui ont été rapportés récemment par Bénichou dans l'hypertension.

P.-L. Marie.

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

Félix Ramond et **J. Dimitresco-Popovici.** ***Le vidage de la vésicule biliaire. L'importance du facteur duodénal*** (*Le Progrès médical*, n° 14, 2 Avril 1932). — La contractilité du cholécyste ne fait plus de doute; elle a été objectivée par l'inscription graphique. Dans ce travail, R. et D. montrent quel rôle joue le facteur duodénal dans l'évacuation de la vésicule biliaire et quelles déductions cliniques et thérapeutiques on peut tirer de cette action.

De nombreuses expériences chez le chien leur ont montré que la vésicule biliaire, si elle présente des contractions d'autre origine, se vide surtout à l'occasion des contractions duodénales. L'excitation duodénale par une solution magnésienne ou par toute autre substance cholagogue produit d'abord une distension duodénale qui relâche en même temps le sphincter d'Oddi et attire un peu de bile des voies biliaires et de suc pancréatique; le duodénum se contracte pour chasser ce contenu plus ou moins irritant. Il se distend à nouveau, le sphincter se relâche, cette deuxième distension, par pression négative, provoque à nouveau l'afflux biliaire et, comme la bile des canaux ne suffit pas, la bile vésiculaire commence à être attirée. L'écoulement de la bile vésiculaire est facilité par la disposition anatomique des canaux biliaires et par la contraction de la musculature du cholécyste qui entre en jeu lorsque la pression négative créée par l'aspiration duodénale se produit. Mais le tonus propre de la musculature du cholécyste s'oppose à une évacuation complète et il reste toujours dans la vésicule un résidu biliaire correspondant environ au quart de la masse primitive. Le même mécanisme, mais beaucoup moins violent, intervient au cours des périodes digestives; la vésicule se vide plus ou moins suivant la nature des aliments : un repas graisseux ou riche en peptones est plus actif qu'un repas végétarien. Dans les périodes interprandiales, un écoulement biliaire très faible est commandé par les mouvements péristaltiques habituels du duodénum que provoque l'écoulement du suc gastrique; mais cet écoulement est purement hépatique.

La contractilité duodénale peut subir des modifications. L'hypertonie duodénale, fréquemment observée, accompagne souvent l'hypertonie gastrique et comme elle peut engendrer l'atonie secondaire. Elle peut être d'origine réflexe, déclanchée par la duodénite simple ou ulcéreuse, la périduodénite, la cholécystite calculeuse ou non, l'angiocholécystite et diverses pancréatites. L'hypertonie ou l'hyperkinésie duodénale est susceptible de provoquer une excrétion biliaire et pancréatique exagérée. Les conséquences peuvent être : régurgitations trop abondantes de bile et de suc pancréatique dans l'estomac, d'où alcanilisation du suc gastrique, nausées et pituite biliaire; afflux brutal dans l'intestin, créant la diarrhée prandiale des classiques; exagération de la sécrétion humorale duodénale et indirectement de l'activité pancréatique et hépatique.

L'atonie duodénale ne serait pas rare et aurait une action dans l'étiologie des duodénites et des ulcères bulbaires. Elle accompagne l'atonie gastrique, elle suit aussi le spasme pylorique; elle peut être engendrée par la duodénite, la périduodénite et toutes les lésions du carrefour.

Les conséquences pathologiques de l'atonie duodénale sont l'atonie intestinale et la constipation opiniâtre par insuffisance de l'excitation physiologique par la bile et les sucs pancréatiques; la diminution de l'absorption des graisses par insuffisance de l'afflux biliaire, la digestion incomplète des aliments par insuffisance du suc pancréatique, d'où troubles de la nutrition plus ou moins accentués; la diminution de la sécrétion de l'hormone duodénale entraîne la souffrance du foie, du pancréas et de l'intestin. Le foie, ne se dégorgeant plus librement, subit une congestion passive. La stagnation biliaire favorise la concentration de la bile, la précipitation des pigments et des sels biliaires, d'où lithiase hépatique et vésiculaire; il en est de même au niveau du pancréas.

La diminution de l'afflux biliaire et pancréatique par atonie duodénale peut aussi faciliter l'infection des voies biliaires et pancréatiques, particulièrement du canal de Wirsung qui n'est pas protégé par un sphincter : maintes pancréatites aiguës, subaiguës, chroniques ou hémorragiques sont dues à une atonie duodénale. Certaines de ces pancréatites sont peut-être capables d'engendrer des états plus ou moins graves comme le diabète sucré.

Le duodénum, surtout dans sa portion bulbaire, par sa sécrétion hormonale, par son action aspiratrice sur la bile et le suc pancréatique, est l'animateur physiologique de tout le carrefour hépatique.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

R.-J. Weissenbach, Georges Basch et **Marianne Basch.** ***Essai critique sur la pathogénie des concrétions calcaires des sclérodermies (Syndrome de Thibierge-Weissenbach) et des syndromes voisins*** (*Annales de Médecine*, tome XXXI, n° 5, Mai 1932). — Dans ce groupe de faits, la calcification est toujours précédée de lésions tissulaires locales, sous forme de dégénérescence du tissu conjonctif, secondaire à la sclérose de ce même tissu. Ces lésions de dégénérescence ont été retrouvées, à la suite de Thibierge et Weissenbach, par tous les auteurs qui les ont recherchées dans les cas de concrétions calcaires des sclérodermies.

A côté de ces lésions histologiques indiscutables, la fréquence de troubles vasculaires locaux, dont


VACCINOTHÉRAPIE CUTANÉE
PAR LE
PROPIDEX

l'apparition est antérieure aux calcifications, incite à penser qu'il existe un trouble fonctionnel local en relation avec la stase circulatoire locale et avec les modifications chimiques consécutives du sang des capillaires et de la lymphe interstitielle, au contact des tissus. L'existence de ce trouble fonctionnel est fort probable, mais non démontrée. Il est peut-être aussi influencé par l'action des catalyseurs de la cellule conjonctive, si cette cellule agit par sa présence ou au contraire par l'absence de ces catalyseurs dans le cas de mort de la cellule.

Ces faits, lésion anatomique ou trouble fonctionnel local, semblent l'élément déterminant, le facteur essentiel de la précipitation calcaire. Ce sont eux qui confèrent à certains tissus une affinité physico-chimique spéciale pour les sels de calcium.

A côté de ces manifestations locales existent souvent des troubles humoraux généraux. Mais ils sont inconstants et jusqu'à présent mal précisés et semblent peu intenses (variation minime de la composition du sang des gros vaisseaux); ils sont disparates et souvent de sens contraire. Aussi ne semblent-ils pas jouer un rôle déterminant, du moins en ce qui concerne directement les précipitations cutanées et sous-cutanées. Cependant, ces troubles (hypercalcémie, hyperphosphatémie, alcalose, déséquilibre humoral, etc.) sont trop souvent constatés pour ne pas jouer un rôle, soit qu'ils favorisent la précipitation des sels de chaux, mais à condition que des lésions locales préalables réalisent en un point quelconque des tissus un lien d'appel, soit que, indirectement, ils jouent un rôle dans la détermination des scléroses conjonctives, elles-mêmes facteurs de dégénérescences tissulaires locales.

Le métabolisme du tissu conjonctif, d'une part, le métabolisme du calcium et de la régulation de la composition physico-chimique du sang, d'autre part, étant sous la dépendance du fonctionnement des glandes endocrines, on comprend pourquoi c'est au cours de certaines maladies d'origine neuro-endocrinienne qu'on rencontre de préférence ces précipitations calcaires, quel que soit le mode d'action des troubles endocriniens.

Dans la pathogénie des concrétions calcaires des sclérodermies ou syndrome de Thibierge-Weissenbach, ainsi que dans la pathogénie des syndromes voisins (concrétions calcaires de la maladie de Raynaud, des atrophies cutanées ou de certains rhumatismes chroniques), le facteur essentiel, nécessaire et peut-être suffisant est donc constitué par les altérations tissulaires, telles que la sclérose conjonctive, et les dégénérescences à affinité élective pour les sels de chaux qui viennent les compliquer. Les perturbations humorales de sens et d'importance variables, qui font d'ailleurs souvent défaut, ne jouent qu'un rôle favorisant, accessoire ou indirect. L. Rivet.

LA PRATIQUE MÉDICALE FRANÇAISE
(Paris)

J. Tinel. ***Un syndrome d'algie veineuse intra-cranienne; la céphalée à l'effort*** (*La Pratique Médicale française*, tome XIII, n° 3, Février 1932). — T. apporte 4 observations de femmes présentant un syndrome de céphalée douloureuse à l'effort. Chez ces sujets, le moindre effort provoque une douleur aiguë, angoissante, localisée surtout au vertex ou à la région occipitale avec sensation de gonflement, de tension, d'éclatement même des vaisseaux. Ce n'est habituellement pas pendant l'effort que se produit la douleur, mais quelques secondes après, même si l'effort a déjà pris fin ; puis la douleur aiguë s'apaise peu à peu, il persiste un endolorissement pénible pendant plusieurs minutes, plusieurs heures et parfois un ou deux jours. Cette céphalée se manifeste pour les causes les plus minimes : rire, pleurer, chanter, parler un peu fort, lever les bras en l'air. Le passage brusque de la station verticale au décubitus dorsal peut provoquer une douleur sourde, le retour à la station verticale provoque au contraire un soulagement. La compression des veines jugulaires ou la pose d'un lien élastique autour du cou permet de réaliser à volonté la crise douloureuse. Il semble qu'il existe un état algique des veines intracraniennes qui réagissent par une crise douloureuse à toute augmentation de volume et de pression se produisant en général par l'intermédiaire d'un blocage thoracique qui accompagne l'effort.

L'origine de ces algies est très variable. Dans quelques cas, elles ont éclaté brusquement à l'occasion d'un effort violent, au cours d'une grossesse ou pendant un accouchement dans d'autres, elles se révèlent peu à peu sans cause provocatrice nette au cours d'un état de dépression et d'asthénie. Dans ces cas, le syndrome de la céphalée à l'effort coexiste ou alterne avec d'autres algies veineuses au niveau des membres.

Le traitement est décevant. La guérison dans trois observations a demandé plusieurs années. La seule médication efficace est l'emploi de toniques ou de constricteurs veineux: hamamelis, marron d'Inde, cupressus et extrait hypophysaire. Robert Clément.

LYON CHIRURGICAL
(Paris)

E. Dahl, Tversen et Erik Ramberg. ***Recherches sur les phlébites, les thromboses et les embolies post-opératoires*** (*Lyon Chirurgical*, tome XXIX, n° 3, Mai-Juin 1932). — Etude statistique de 18.168 malades opérés en vingt ans (1911-1930) dans le service chirurgical du professeur Nansen à l'hôpital communal de Copenhague, et revue générale des travaux sur la coagulation du sang et sur la recherche du point de départ de la coagulation, cause des accidents. Elle n'aborde ni le côté clinique, ni le côté thérapeutique chirurgical de la question.

Les 18.168 opérés ont donné 636 cas de phlébite, thrombose ou embolie (soit 3,5 pour 100) dont 237 chez l'homme et 399 chez la femme. Les opérations étant groupées en 5 classes: laparotomies, organes génitaux externes et opérations utérines par voie vaginale, cou, tronc et membres, voies urinaires, hernies, on voit que les thromboses et embolies surviennent surtout après les laparotomies (6,18 pour 100) et après les opérations des voies urinaires (6,13 pour 100), avec un minimum (0,59 pour 100) pour les opérations génitales externes et vaginales.

La fréquence des cas augmente avec l'âge et présente un maximum en plateau allant de 36 ans à 65 ans, elle est favorisée par l'obésité, l'existence d'affections du cœur et des poumons (19 pour 100), de varices, 25 pour 100, de phlébites antérieures.

La nature septique des lésions ayant nécessité l'opération ne prédispose pas puisqu'elle n'est signalée que dans 29 pour 100 des cas. Le fait de drainer n'influe pas, puisqu'il y a 44 pour 100 de cas drainés et 46 pour 100 de cas non drainés. L'agent anesthésique général influe peu: chloroforme ou éther 3,9 pour 100, chloroforme et éther 3,2 pour 100. L'anesthésie locale, l'anesthésie spinale ayant un chiffre moins fort (2,3 pour 100, 2,6 pour 100). La fréquence est plus grande aux mois de Février et d'Août-Novembre. Le moment d'apparition des accidents est dans 70 pour 100 des cas dans les 2 premières semaines avec un maximum du quatrième au huitième jour.

Les signes prémonitoires, élévation de la température, fréquence du pouls n'ont été notés que pour 27 pour 100 des cas d'embolie mortelle.

Les 636 cas se répartissent ainsi: thrombose sans embolie 213, embolie mortelle sans phlébite visible 281, embolie avec lésions phlébitiques reconnues 142.

La mort par embolie de l'artère pulmonaire compte 95 cas (soit 0,52 pour 100 des 18.168 opérés) et, pour 45 d'entre eux, sans thrombose, phlébite ou infarctus pulmonaire ayant pu faire prévoir l'accident mortel qui a presque toujours pris la forme asphyxique, la forme syncopale ne comptant que 3 cas.

Les auteurs tirent de savants calculs cette conclusion qu'ils n'ont pas trouvé d'augmentation de la phlébite, de la thrombose et de l'embolie au cours de ces vingt dernières années.

Dans leurs conclusions pratiques, ils regardent comme douteux le résultat de la digitalinisation pré-opératoire des cœurs normaux et aussi celui de l'ingestion des substances thyroïdiennes.

Restent indiquées, la suppression du jeûne, la prescription de liquides abondants, les exercices respiratoires, la mobilisation active dans le lit. Le lever précoce devrait l'être trop, il reste dangereux.

P. Grisel.

F. Albert. ***A propos des ligatures veineuses, étude expérimentale des réactions vaso-motrices périphériques*** (*Lyon Chirurgical*, tome XXIX, n° 3, Mai-Juin 1932). — Oppel a montré dans la ligature de la veine satellite un moyen d'augmenter la pression périphérique locale et de combattre ainsi les troubles dus à la ligature de l'artère principale. Leriche et Fontaine, en 1930, ont établi que l'explication mécanique de ce relèvement de la pression était insuffisante et que la ligature veineuse agit surtout par la mise en action des vaso-moteurs. A. a repris et poursuivi en les modifiant leurs expériences sur le chien. Ses conclusions, dans leur ensemble confirmatives, ne sont pas déduites uniquement de la présente étude des effets de la ligature de la veine cave un peu au-dessus de son origine ou de l'une des veines iliaques, mais elles s'appuient aussi sur celle des effets des ligatures artérielles qui fera l'objet d'une publication ultérieure.

Il considère que l'élément vraiment actif, dans les réactions vaso-motrices à la ligature veineuse, se trouve dans la vaso-constriction périphérique active que celle-ci réalise dans le membre intéressé. Cette vaso-constriction et la hausse de pression consécutive durent relativement peu, seulement un temps variant de 15 à 60 minutes, nécessaire à l'établissement de la circulation collatérale. L. et F. ont pensé au contraire que l'élément efficient de la ligature veineuse est la vaso-dilatation. Les conclusions de A. sont donc sur ce point quelque peu différentes et il attire l'attention sur les conditions spéciales de la circulation du membre inférieur chez le chien, qui, grâce à l'abondance des anastomoses, permettent chez lui un retour spontané rapide de la circulation malgré les ligatures. Chez l'homme les effets de la ligature artérielle ou veineuse se font sentir beaucoup plus longtemps; aussi, après la ligature de l'artère principale il y a nécessité d'un phénomène vasoconstrictif actif et c'est lui que détermine heureusement la ligature de la veine satellite. L'effet mécanique de barrage joue probablement aussi un rôle favorable, mais de moindre importance.

Chez l'animal expérimentalement et chez l'homme cliniquement la réponse périphérique vaso-motrice à une même cause peut être profondément modifiée par un état vaso-moteur périphérique pré-existant.

Enfin les réactions vaso-motrices à la ligature veineuse semblent dépendre en partie des réflexes d'axone se passant dans le domaine des fibres post-ganglionnaires du sympathique, mais une bonne part aussi de ces réactions est indépendante de tout système nerveux extrinsèque. Le système vasculaire périphérique a donc bien la propriété de réagir spontanément, indépendamment du système nerveux, à de simples modifications de pression intérieure, d'origine mécanique.

P. Grisel.

LYON MÉDICAL

G. Gayet. ***Infections urinaires d'origine dentaire*** (*Lyon Médical*, tome CXLIX, n° 12, 20 Mars 1932). — L'infection des voies urinaires, en particulier du rein et de ses premières voies d'excrétion, bassinet et uretère, peut se faire par voie ascendante ou par voie descendante. La première semble avoir perdu beaucoup de son importance; on a tendance à penser aujourd'hui, que c'est surtout par voie sanguine que les germes microbiens atteignent l'appareil urinaire.

La porte d'entrée de ces infections est des plus variées; il ne faut pas négliger l'origine dentaire. 2 observations sont apportées à l'appui de ce mode d'infection. Une jeune femme de 21 ans, ayant présenté de la fièvre, sans pollakiurie ni miction douloureuse, avait des urines troubles du côté droit, sans rétention pyélique, sans germes microbiens à l'examen et à l'inoculation. L'avulsion d'une dent entourée de périostite alvéolo-dentaire amena la guérison. Une pyélo-néphrite à streptocoques et staphylocoques chez une femme de 28 ans guérit après une instillation au nitrate d'argent dans le bassinet droit et l'avulsion d'une dent malade.

Lorsque la cause d'une infection urinaire n'apparaît pas clairement, il faut faire un examen soigneux de la cavité buccale et des dents. Si la denture est insuffisante pour assurer une mastication convenable, il faut penser à l'action néfaste de cet état au point de vue digestif et du retentissement qu'il peut avoir sur l'appareil urinaire. S'il y a une suppuration caractérisée, il ne faut pas négliger ce foyer d'infection et veiller à la désinfection bucco-dentaire. ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES DERMATO-SYPHILIGRAPHIQUES DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS (Paris)

L. Babonneix. ***Rôle de l'hérédo-syphilis dans le déterminisme des encéphalopathies infantiles*** (*Archives dermato-syphiligraphiques de l'hôpital Saint-Louis*, tome IV, n° 1, 1932). — Sous le terme d'encéphalopathies infantiles, on englobe les diverses manifestations nerveuses que déclanchent toutes les lésions cérébrales graves, désorganisatrices, étendues, survenues soit au cours de la vie intra-utérine, soit dans les 2 ou 3 premières années. Les manifestations peuvent être d'ordre moteur, psychique ou mixte.

B. pense qu'on trouve à l'origine de ces encéphalopathies infantiles l'hérédo-syphilis dans la plupart des cas. Il base cette opinion contraire à celle des neurologistes, comme Pierre Marie, Sicard et Foix, sur les aveux des parents, l'existence chez les parents ou les grands-parents de signes de syphilis ou d'hérédo-syphilis, la recherche systématique des antécédents suspects tels que fausses couches spontanées, accouchements prématurés, morts-nés, etc. Dans quelques cas l'étiologie hérédo-syphilitique a été prouvée par un examen histologique post mortem; dans d'autres cas, des arguments cliniques : stigmates d'hérédo-syphilis chez l'enfant ou chez ses frères et sœurs, des arguments biologiques: caractère positif des réactions sérologiques chez les enfants ou les parents ou des arguments thérapeutiques viennent plaider en faveur de l'opinion soutenue.

Après avoir repoussé les critiques faites à cette théorie, B. croit pouvoir tirer de cette discussion la donnée que « non dans tous les cas, mais dans un nombre de cas beaucoup plus élevé que ne le croient les classiques, l'hérédo-syphilis peut, à elle seule, déterminer une encéphalopathie infantile ».

Lorsque dans les antécédents, s'associent hérédo-syphilis et traumatismes obstétricaux, si l'anomalie obstétricale consiste en une naissance prématurée, l'hérédo-syphilis est responsable de la naissance avant terme et de l'encéphalopathie; s'il s'agit d'un traumatisme proprement dit, il n'est point interdit de supposer que celui-ci n'est intervenu qu'à la faveur de lésions spécifiques préexistantes. Le cerveau étant fragilisé, sensibilisé par le tréponème, les traumatismes ont un rôle déterminant occasionnel.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

F. Cardis et **J. Bourguignon** (Leysin). ***Image particulière de pachypleurite avec réexpansion au cours du pneumothorax thérapeutique*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil respiratoire*, t. VI, n° 5, 1931). — C. et B. apportent 3 nouvelles observations d'une image radiologique à laquelle ils attachent une particulière importance au cours du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Au cours de pneumothorax généralement assez poussés, on voit apparaître de fines lignes de régularité géométrique, revêtant le plus souvent la forme d'un demi-cercle ou d'une demi-ellipse centrés par le hile, quelquefois périphériques, doublant en dedans la paroi thoracique. Cette image est celle de la réexpansion d'une lame pulmonaire adhérant à la paroi thoracique au cours d'une pachypleurite compliquant le pneumothorax. Pour réaliser cette image, pachypleurite et synéchie pleurale sont indispensables, ce qui explique la rareté relative de cet aspect radiologique.

S'il s'agit d'un pneumothorax efficace depuis un temps jugé suffisamment long, on poursuivra les insufflations gazeuses en laissant évoluer le déplissement pulmonaire sous le double contrôle radiologique et bactériologique.

Dans un pneumothorax récent, avec bon résultat clinique, l'oléothorax antisymphysaire se montrera le plus souvent efficace, mais ne sera pratiqué que si la lame de réexpansion menace la zone primitivement atteinte dont la cicatrisation paraît encore insuffisante.

Dans un pneumothorax avec résultat incomplet, il vaut mieux renoncer au pneumothorax et à l'oléothorax et s'adresser à la phrénicectomie.

ROBERT CLÉMENT.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE (Paris)

M. Villaret, L. Justin-Besançon, Mme Schiff-Wertheimer et **J. Gallois.** ***Les esters de la choline en ophtalmologie*** (*Archives d'ophtalmologie*, tome XLIX, n° 3, Mars 1932). — Les recherches expérimentales ont permis de montrer l'action élective des injections sous-cutanées d'acétylcholine sur l'artère rétinienne. Les applications cliniques ont suivi de près. L'acétylcholine n'a d'action sur les syndromes d'obstruction artérielle qu'autant que l'oblitération vasculaire n'est pas complète. Les résultats les plus heureux semblent obtenus dans le cas de spasmes chez des hypertendus et chez des sujets jeunes, sans lésions cardiaques, dont la tonicité des parois artérielles semble intervenir de façon essentielle dans le mécanisme de l'obstruction. L'action de l'acétylcholine est favorable dans le glaucome et peut être prolongée longtemps en cas d'évolution chronique. A. CANTONNET.

ARCHIVES FRANCO-BELGES DE CHIRURGIE (Bruxelles)

L. Bérard et **I. Ahmed.** ***L'apicolyse. Décollement pleuro-pariétal du sommet du poumon. Techniques, résultats, indications*** (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, tome XXXIII, n° 3, Mars 1932). — Cette intéressante étude d'ensemble de la chirurgie de la tuberculose pulmonaire ne saurait être résumée, d'autant qu'il n'y a pas apport d'une technique nouvelle et que les auteurs reconnaissent ne pas avoir le recul suffisant pour prononcer sur leurs 64 cas personnels un jugement définitif. Notons cependant la critique faite des techniques de l'apicolyse par voie postérieure; celle de Mallet-Guy et Desjacques, élèves de L. Bérard, n'est pas très favorable aux résections costales étendues jusqu'à la colonne et surtout à la découverte des ligaments suspenseurs de la plèvre; celle de Proust, Maurer et Rolland, qui évitent ce reproche, comporte par contre une résection des apophyses transverses et une désarticulation vertébrale des côtes jugée inutile; la meilleure technique, d'après les recherches d'Amouroux, reste celle de Proust, Maurer et Rolland, réduite à ses premiers temps avec simple section des côtes en dehors de leurs articulations vertébrales.

Le point intéressant est le résumé des indications opératoires et des techniques correspondantes. On doit s'adresser d'abord presque toujours à la phrénicectomie qui convient à tous les degrés d'extension des lésions et suffit dans 20 pour 100 des cas. L'opération complémentaire est la thoracectomie supérieure des sept premières côtes qui suffit dans plus de 50 pour 100 des cas. S'il n'en est pas ainsi, à condition absolue que le poumon opposé soit intact, l'état général encore bon et l'appareil cardio-vasculaire peu touché, on complète par la thoracectomie inférieure, les résections antérieures de côtes ou par un plombage limité du sommet à la paraffine.

L'apicolyse avec plombage paraffiné associée à la phrénicectomie convient aux lésions apicales très limitées à évolution stationnaire ou aggravée avec impossibilité du pneumothorax.

Lorsque, en raison de l'état suspect du poumon opposé, on ne peut, pour tarir les sécrétions septiques d'une caverne du sommet, avoir recours à la thoracectomie, l'état du malade contre-indique aussi les délabrements de l'apicolyse avec résection par voie postérieure et c'est l'apicolyse antérieure, par simple décollement et plombage paraffiné limité, qu'il faut choisir.

Les résections étendues des côtes supérieures ont, on le voit, des indications fort restreintes et les auteurs font remarquer que dans les 2 observations données par Proust, Maurer et Rolland, il y a eu nécessité d'une thoracectomie étendue complémentaire. P. GIUSEL.

SPITALUL (Bucarest)

D. Enachescu (Bucarest). ***Choc colloïdo-clasique chez un mélancolique en état d'inanition sitiophobique*** (*Spitalul*, tome LII, n° 4, Avril 1932). — Un malade de 46 ans entre dans le service de Psychiatrie pour troubles mentaux sous forme de mélancolie, avec tendance au suicide, et sitiophobie complète.

Dès son entrée, il refuse toute alimentation; comme cet état persiste, au bout de cinq jours, on se décide à l'alimenter à la sonde. Administration sous-cutanée de 2 centigr. de pantopon qui met le malade en état d'inertie végétative, puis on lui injecte du lait par la sonde.

Au bout d'une heure, dyspnée intense avec accès de suffocation : pâleur très marquée, refroidissement des extrémités, sueurs froides généralisées, hypothermie, pouls faible, à peine perceptible; quelques convulsions partielles disséminées, puis coma et mort au bout de trois heures, malgré tout le traitement (adrénaline, huile camphrée, etc.).

A l'autopsie : anémie des téguments, hyperémie massive de tous les viscères, surtout marquée au niveau de l'intestin où se rencontrent de petites hémorragies sous-muqueuses. Signes d'apoplexie séreuse au niveau de l'encéphale.

Il s'agit donc bien de mort par choc colloïdoclasique digestif.

En conclusion E. recommande chez de pareils sujets, avant de pratiquer la nutrition artificielle, de commencer par les désensibiliser.

M. Guibé.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Leif Salomonsen. *Les vomissements acétonémiques de l'enfant* (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 14, 2 Avril 1932). — Il a été essayé par divers auteurs de déclancher une crise acétonémique vraie par suppression des hydrates de carbone de l'alimentation. Mais, selon S. on arrive par cette méthode à déterminer chez ces malades, non pas une crise acétonémique vraie, mais seulement des symptômes qui surviennent dans ces conditions comme chez les sujets sains. En tout cas, sur 6 malades antérieurement étudiés par S. et qui ont passé d'un régime comprenant 120 à 160 gr. d'hydrates de carbone à un autre régime qui en comprenait seulement 17,5 à 27,3, il n'a pas été possible de faire apparaître autre chose que ce qui s'observe chez des enfants sains dans les mêmes conditions, c'est-à-dire, de l'hypoglycémie, de l'acétonurie, une augmentation de l'albuminurie et du volume du foie, avec amaigrissement, somnolence et vomissements après le repas.

S. a repris ses recherches chez deux autres malades et chez trois enfants normaux qu'il a soumis également à un régime de légumes (choux cuits 3 fois et beurre) et privé d'hydrates de carbone. Dans aucun de ces 5 cas, on n'a pu faire apparaître la maladie. Il semble à S. que les enfants atteints de vomissements acétonémiques ne présentent, outre les crises, aucun signe constant d'un trouble du métabolisme.

P.-E. Morhardt.

A. Demnitz et W. Scholz. *La résorption des sérums thérapeutiques à concentrations albuminiques diverses* (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 14, 2 Avril 1932). — Dans la diphtérie sévère il est nécessaire de procéder à un traitement aussi précoce que possible. Dans ces conditions, l'injection intraveineuse serait préférable. Mais pratiquement, on recourt plutôt à l'injection intramusculaire ou sous-cutanée et alors les concentrations albuminiques interviennent pour modifier le temps de résorption du sérum. C'est ce que D. et S. ont étudié pour les divers sérums thérapeutiques qu'ils classent en trois groupes : 1° sérums natifs (7 à 9 pour 100 d'albumine) et sérums enrichis en pseudoglobuline (12 pour 100 d'albumine); 2° sérums hyperconcentrés (15 à 18 pour 100 d'albumine); 3° sérums purifiés et pauvres en albumine (5 pour 100).

Pour apprécier le temps de résorption, les auteurs ont dosé les antitoxines du sérum après injection chez des lapins et chez des chèvres. Ils ont ainsi constaté que deux heures après l'injection de sérum antidiphtérique natif (8 pour 100 d'albumine) la quantité d'antitoxines du sérum est 10 fois plus grande qu'après du sérum concentré (15 pour 100). Après le sérum antitétanique, on a constaté des différences nettes surtout au bout de quarante-huit heures; le sérum pauvre en albumine (5 pour 100) donne alors des chiffres d'antitoxines doubles de ceux du sérum concentré (15 à 19 pour 100). Chez les chèvres il en a été tout à fait de même.

La vitesse de résorption est donc inversement proportionnelle à la richesse en albumine du sérum employé. Ainsi, le sérum pauvre en albumine a une importance particulière pour l'injection intramusculaire et surtout sous-cutanée.

P.-E. Morhardt.

Hubert Wollmer. *Recherches sur les expectorants et le mécanisme de leur action* (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 14, 2 Avril 1932). — Les plantes qui sont utilisées comme expectorants contiennent pour la plupart de la saponine qui est considérée comme capable d'augmenter la sécrétion bronchique. Cependant, quelques-unes de ces plantes comme *Castanea vesca* et le thym ne contiennent pas de saponine. D'un autre côté, des substances très utilisées comme la créosote ou le gaïacol, les sels ammoniacaux et les iodures doivent agir autrement.

En tout cas, on doit admettre, d'après W., que les expectorants fluidifient la sécrétion bronchique. C'est pourquoi cet auteur a dosé la quantité d'eau normalement contenue dans les poumons par rapport au foie chez les animaux d'expérience et chez les animaux préalablement traités par des expectorants. Il a été ainsi constaté que chez les animaux normaux le rapport qui existe entre l'eau des poumons et l'eau du foie chez les cobayes est en moyenne égal à 0,72.

En utilisant des produits riches en saponine et notamment un produit contenant une percolature de feuilles de *Castanea vesca* additionné de saponine (tussamag), on a constaté qu'on arrive à abaisser le quotient en question à 0,60 ou 0,63 suivant le moment où l'animal est sacrifié après l'administration du médicament. L'extrait fluide de *Castanea vesca* et celui de thym donnent l'un et l'autre un quotient de 0,67. La saponine de quillaya, à la dose de 2 cme d'une solution à 0,1 pour 100, le quotient de 0,63. L'association des 3 produits qui se trouvent dans le tussamag donnerait parfois des quotients de 0,53 à 0,56. Ainsi la présence de saponine a une grande importance.

Au point de vue toxicologique, les essais de W. ont montré que le tussamag est dépourvu de toxicité aussi bien chez l'homme que chez l'animal. Ce quotient s'est un peu abaissé avec cette même substance additionnée de sucre (quakaline). Une addition de saponine et de sulfogaïacolate de potassium a donné un quotient de 0,66.

Avec les expectorants salins et notamment avec le chlorure d'ammonium, le quotient a été de 0,69, avec l'iodure de potassium il a été de 0,68 et avec la mixtura solvens de 0,70. En somme, un certain nombre d'expectorants aux propriétés bien établies comme le sel d'ammonium, les iodures et le thym ont des propriétés qui n'ont pas pu être mises en évidence par cette méthode.

P.-E. Morhardt.

A. Löw et A. Kroma. *Appareil insulaire et métabolisme des graisses du foie* (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 14, 2 Avril 1932). — L'insuline diminue la production des corps cétoniques et la lipémie. Mais, à côté d'une action sur le métabolisme intermédiaire, l'insuline possède des fonctions assimilatrices importantes que L. et K. ont essayé de mettre en évidence par des expériences sur des rats et sur des souris. A ces animaux, ils administrent, après 16 heures de jeûne, un repas de graisses et constatent une stéatose progressive du foie atteignant son maximum au bout de 6 heures et parallèle à l'hyperlipémie.

Si, en même temps que les graisses, on administre de l'insuline on constate que, dans le foie, les premières s'emmagasinent beaucoup moins que chez les animaux témoins. Il n'est pas possible d'admettre que ces graisses soient transformées en hydrates de carbone ou brûlées sous l'influence de l'insuline puisque cette hormone inhibe les processus d'oxydations et puisqu'il n'apparaît pas de corps cétoniques. Il faut par conséquent admettre que, du fait de l'insuline, les graisses, au lieu d'être dirigées vers le foie, sont entraînées vers les dépôts alimentaires que l'hormone aurait pour fonction de créer.

On s'explique ainsi le mécanisme par lequel l'insuline arrive à intoxiquer : elle prive l'organisme de substances nécessaires aux oxydations. En d'autres termes, elle favorise l'assimilation à tel point que les processus désassimilateurs ne peuvent plus avoir lieu.

P.-E. Morhardt.

A. Schürmeyer et E. Wissmann. *Les effets de la diiodotyrosine dans le traitement du Basedow* (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 16, 16 Avril 1932). — Après avoir exposé les résultats des travaux pharmacologiques qui concernent la diiodotyrosine, S. et W. donnent une série de 7 observations de maladie de Basedow dans lesquelles ils ont utilisé ce médicament à la dose de 10 à 20 centigr. par jour.

Dans l'ensemble, ces observations montrent que la diiodotyrosine réduit très rapidement les échanges. Jusqu'ici il n'a pas été constaté d'exception à cette règle. En même temps, il y a amélioration des symptômes subjectifs et objectifs, ralentissement du pouls et augmentation de poids parfois surprenante. L'amélioration provoquée par une cure persiste d'ordinaire après cessation du médicament. Même s'il y a rechute, la diiodotyrosine se montre de nouveau active. On peut donc préparer des malades à l'intervention par plusieurs cures de diiodotyrosine.

Les effets de ce médicament ne sauraient être attribués à l'iode inorganique puisque les expériences sur les têtards ont bien montré que les deux produits n'ont pas le même effet.

En outre, comme dans certaines expériences de Abelin, la diiodotyrosine se montre capable d'augmenter la colloïde de la glande thyroïde. S. et W. ont pu le constater sur des glandes enlevées opératoirement.

P.-E. Morhardt.

W. Falta et R. Boller. *La tolérance à l'insuline* (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 16, 16 Avril 1932). — Au cours de l'épreuve de Radoslav, on constate que l'administration d'insuline a des effets beaucoup plus marqués en cas de diabète vrai. On a ainsi l'impression que le pouvoir hypoglycémiant, quand il est prêt de déterminer de l'hypoglycémie, rencontre une résistance anormale vraisemblablement due à une contre-régulation.

F. et B. ont repris des recherches de ce genre en modifiant l'épreuve de Radoslav. Pour cela, ils administrent le régime standard du diabète avec 120 gr. de pain ou d'équivalent pendant 3 jours. Ils administrent ensuite 3 fois par jour de petites doses d'insuline. Chez 12 sujets normaux, on a constaté une résistance faible à l'insuline variant de 14 à 75 unités par jour. Cette tolérance est très inférieure à celle qui s'observe en cas de diabète insulaire résistant. Dans ce groupe, la constitution ne joue pas de rôle décisif. Il s'est agi en général de sujets asthéniques, mais aussi de sujets pycnotiques.

Dans un groupe de 4 sujets atteints d'affection fébrile, on a observé 3 fois une tolérance faible et une fois une tolérance élevée (90 unités). Sur 4 cas d'obésité, on a constaté 3 fois une élévation de la pression et une tolérance de 60 unités, une fois il y avait pression basse et tolérance de 30 unités.

Sur 3 cas de diabète rénal, on a constaté 2 fois une tolérance faible et une fois une tolérance élevée (plus de 180 unités). Au total, on n'a pas constaté de relations entre la pression sanguine et la tolérance à l'insuline. La limite supérieure de la tolérance normale doit être fixée à 75 unités. Cette tolérance peut être augmentée dans la fièvre.

Pour déterminer la courbe de la glycémie après l'insuline, il faut analyser non seulement le sang capillaire, mais aussi le sang veineux dont le sucre diminue parfois beaucoup plus. F. et B. ne pensent pas que la résistance individuelle à l'insuline soit proportionnelle au pouvoir de réduire la production d'insuline. Effectivement, dans certains cas de diabète, on observe une augmentation considérable de la tolérance à l'insuline.

P.-E. Morhardt.

R. Boller et **K. Ueberrack.** ***Résistance à l'insuline dans les cas d'ictère*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 16, 16 Avril 1932). — B. et U. ont pratiqué, dans une série d'affections du foie, l'épreuve utilisée par Falta et Boller dans le précédent travail. Il s'agit de malades atteints de lésions du parenchyme hépatique, toxiques ou spécifiques, de rétention biliaire, de cholangites et d'ictère hémolytique, soit au total 17 cas.

Sur 11 cas de lésions de parenchyme, on a observé 8 fois une tolérance supérieure à 75 unités. Dans les autres cas, la tolérance était plus faible, mais l'affection hépatique était légère ou en voie de convalescence et il n'y avait pas de signes d'insuffisance hépatique sévère. Le degré de l'ictère paraît sans influence sur la tolérance à l'insuline. Par contre, l'épreuve de la galactose donne des résultats qui sont parallèles à la tolérance à l'insuline. Dans un cas par exemple, la galactosurie a passé successivement de 4,86 à 7,9 et à 2,70. Aux mêmes moments, la tolérance pour l'insuline a passé de 120 à 210, puis à 75 unités. Un fait analogue a été observé dans plusieurs cas où ces deux épreuves ont pu être renouvelées.

Cette augmentation de la tolérance ne saurait, d'après B. et U., être attribuée à l'absence de choc hypoglycémique. D'un autre côté, dans les cas où la tolérance a été élevée, on a constaté que la glycémie, le matin à jeun, atteignait 140 miligr. Enfin, il est à remarquer que ce régime pauvre en hydrates de carbone et assez riche en graisse, accompagné d'administration d'insuline, a été remarquablement supporté par tous ces hépatopathiques et il semble à B. et U. que ce régime ait raccourci la durée de la maladie.

P.-E. Morhardt.

Th. Fahr et **H. Kleinschmidt.** ***Affection articulaire multiple chronique et infection rhumatismale dans l'enfance*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 17, 23 Avril 1932). — Il est extrêmement rare que des arthrites chroniques surviennent chez l'enfant à la suite d'une polyarthrite rhumatismale aiguë. La genèse des arthrites chroniques primitives est d'ailleurs fort obscure. Il en est ainsi notamment pour la maladie de Still dont les symptômes caractéristiques sont la fièvre élevée persistante ou périodique, la splénomégalie et une tuméfaction ganglionnaire. Mais il existe des formes de passage qui offrent de grandes difficultés diagnostiques. Au point de vue du diagnostic différentiel, K., qui, dans ce travail, s'est réservé la partie clinique, constate que les rayons Rœntgen ne permettent de constater aucune lésion dégénérative des surfaces articulaires, mais simplement une atrophie osseuse et parfois une arrosion secondaire des cartilages.

La ponction articulaire n'a rien de caractéristique: tantôt ce sont les polynucléaires, tantôt les lymphocytes qui dominent.

Les lésions cardiaques sont remarquables par le fait qu'on rencontre très fréquemment des lésions de péricardite adhésive tandis que les processus endocardiques ne sont pas observés.

Un exanthème d'apparence variable est fréquemment vu dans la maladie de Still. Parfois, à côté de la fièvre, il constitue pendant longtemps le seul symptôme. Dans les deux cas observés par K. ces exanthèmes ont soulevé des difficultés diagnostiques sérieuses. Il y a souvent un peu d'anémie, mais pas d'augmentation très importante des leucocytes. En somme, tous ces symptômes ne permettent pas de faire un diagnostic différentiel précis. Mais comme Leichtentritt, K. remarque que c'est surtout par les méthodes bactériologiques qu'on doit arriver à un résultat satisfaisant et pour cela pratiquer des cultures plus fréquentes et plus nombreuses qu'on ne le fait jusqu'ici. Cependant, les cultures faites par K. ont été tout à fait négatives.

L'observation de K. concerne une fillette de 9 ans dont une tante paternelle a souffert de rhumatisme articulaire, mais dont les parents et les frères et sœurs sont bien portants. L'affection a débuté par une éruption après laquelle l'enfant a semblé paralysée, puis des douleurs articulaires ont apparu. Un examen complet et fait au bout de 3 ans montre qu'il s'agit d'une enfant insuffisamment développée, présentant de l'hypertrichose, de l'ankylose d'un certain nombre d'articulations et notamment de celles de la mâchoire, quelques ganglions, etc. Des traitements non spécifiques (yatrène, apicosan) semblent donner un bon résultat et l'enfant engraisse. On donne alors de la thyroïdine en augmentant progressivement jusqu'à 60 centigr. et la mort survient brusquement avec des phénomènes de tachycardie.

L'examen anatomopathologique que F. a pratiqué permet d'exclure la tuberculose, la syphilis et la granulomatose rhumatismale. En particulier, on ne trouve pas de nodules d'Aschoff alors que ces lésions sont généralement faciles à constater chez les enfants. D'ailleurs jusqu'ici, le granule d'Aschoff n'a été retrouvé dans aucun cas de maladie de Still et F. pense que cette constatation négative dans le cas étudié a une signification importante.

Les lésions articulaires siègent non pas dans l'articulation elle-même, mais dans le tissu environnant. Le cœur présente des lésions de péricardite, ce qui porte à 5 sur un total de 6 le nombre des cas autopsiés dans lesquels cette lésion a été retrouvée. En outre il y avait de la myocardite non spécifique. La tuméfaction des ganglions a été constatée. Il s'agissait d'une hyperplasie simple. Enfin, il y avait stéatose du foie et des reins. F. insiste également sur la nécessité de faire des recherches bactériologiques. Il ne pense pas que l'infection par les streptocoques constatée parfois représente autre chose qu'une infection secondaire et il admet que dans la maladie de Still, il s'agit de sujets présentant une constitution particulière.

P.-E. Morhardt.

Jens Boe, Oslo et **A. Wladyslaw Elmer** et Lwow. ***L'influence, chez l'homme, des injections intraveineuses de thyroxine sur l'iode du sang et sur l'iode éliminée par l'urine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 17, 23 Avril 1932). — Après avoir administré un régime à teneur constante en iode pendant 15 jours, B. et ses collaborateurs ont déterminé l'iode du sang et de l'urine, puis ils ont administré à jeun 2 milligr. de thyroxine et repris ces analyses toutes les demi-heures ou toutes les heures. L'iode du sang qui, avant l'expérience, atteignait 12 gammas pour 100 gr., a augmenté tout de suite après l'injection pour atteindre en une demi-heure, le maximum de 28 gammas. La fraction de l'iode du sang, qui est insoluble dans l'alcool, a peu augmenté tandis que la fraction soluble passait de 2 à 18 gammas pour 100 gr.

L'élimination par l'urine s'est élevée considérablement pendant les 2 ou 3 premières heures, puis est revenue à la normale en 24 heures. Au total, il a été retrouvé, dans l'urine, seulement 10 pour 100 de l'iode injecté avec la thyroxine. Ainsi l'iode se trouve emmagasiné par des tissus et notamment par le foie qui l'élimine avec la bile.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

M. Israelski (Berlin). ***Résultats et limites de l'examen radiologique dans l'appendicite chronique*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Rœntgenstrahlen*, tome XLV, fasc. 5, Mai 1932). — Ce travail est basé sur l'étude de la littérature parue, et, en particulier aussi, sur 100 cas opérés de 1927 à 1930 dont 70 ont pu être suivis après l'intervention.

I. rappelle que l'examen de l'appendice par les rayons est relativement récent et date des progrès de la radiologie puisqu'autrefois on semblait se borner à en rechercher la douleur localisée.

Technique. Dans cette série de cas I. a eu surtout recours à l'emploi du repas opaque qui lui paraît supérieur au lavement au point de vue de l'examen de l'appendice, alors que ce dernier est préférable en vue de l'étude du côlon.

Au cours du repas opaque c'est par l'intermédiaire du cæcum que l'appendice se remplit sans qu'on puisse être certain que ce remplissage s'effectuera (de 56 à 93 pour 100 suivant les auteurs; 74 pour 100 dans la statistique de I. en utilisant la méthode de Czepa) étant données les conditions de l'appendice et la technique utilisée. Suivant I. : La veille de l'examen, radiographie pour rechercher la présence éventuelle d'images anormales; le jour de l'examen, à 7 h., 1/3 de litre de repas opaque fluide, bien mélangé et de 2 à 5 cuillères à café de sulfate de magnésie; ne plus rien prendre jusqu'à 12 ou 13 heures; 5 à 6 heures après le repas l'estomac est vide, la substance opaque occupe les dernières anses grêles et le côlon (le malade a eu 2-3 selles liquides et si l'appendice n'est pas rempli il y a lieu de modifier la quantité de sel de magnésie); voit-on l'appendice libre et mobile l'examen peut être terminé; tel n'est pas toujours le cas (surtout s'il existe encore de la substance opaque dans le grêle) et il y a lieu alors de poursuivre l'examen plusieurs jours de suite après avoir donné au malade un nouveau repas opaque sans sel de magnésie; l'heure de choix de l'examen est la 24e heure après ce deuxième repas opaque. Il faut multiplier les procédés d'examen pour voir l'appendice à ce moment, et, en cas d'échec, répéter l'examen en suivant le même processus; l'appendice ne se remplit parfois que de la 48e à la 72e heure et il est inutile de poursuivre l'examen après le 5e jour.

Ne jamais procéder à un examen de l'appendice sans examiner les champs pulmonaires; examens en position debout et décubitus dorsal; palper à deux mains et ne jamais se contenter d'un examen unique pour rechercher la fixité de l'organe; répéter la palpation. Petit lavement évacuateur et injection de gaz permettent de mieux mettre en lumière le cæcum.

Anatomie normale et physiologie. Calibre (0,5 cm environ) et longueur (de 8 à 9 cm à 20 cm) de l'appendice sont très variables. On en distingue 3 aspects principaux: 1° fœtal (25 pour 100 environ) court, régulier, continuant le bas-fond cæcal; 2° variante de la forme précédente, dont l'origine, analogue, est plus nette, plus cylindrique; 3° type le plus fréquent, naissant, en dedans et au-dessus du bas-fond cæcal; en général dirigé vers le bas, plus rarement vers le haut sans pour cela être pathologique, il est mobile.

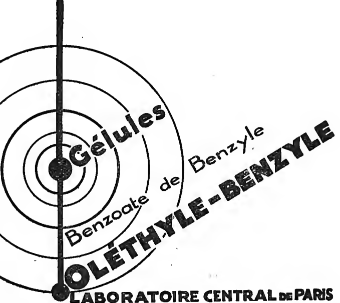
Il se remplit passivement et son évacuation paraît au contraire due à son activité propre (musculature et contractilité).

Limites de l'examen radiologique. Les rayons renseignent sur situation, remplissage, mobilité, perméabilité de l'appendice, c'est-à-dire sur des données morphologiques qui cependant ne sont pas sans limites (non-remplissage pour des raisons anatomiques, spasmodiques, de situation..., présence de matières; modifications de la mobilité en fonction des rapports anatomiques...); et par suite un diagnostic ne peut être fait qu'en s'appuyant étroitement sur la clinique. Il reste encore beaucoup à faire pour parfaire l'étude du diagnostic radiologique pur.

Résultats: a) *Situation et mobilité.* C'est à la radiologie qu'il appartient de préciser la situation de l'appendice en vue d'une intervention éventuelle (par exemple en cas d'appendice sous-hépatique, rétro-cæcal...).

Il est important de noter la fixité de la pointe surtout si elle est associée à une douleur à la pres-


MÉDICATION CITRATÉE LA PLUS ACTIVE ET
LA PLUS AGRÉABLE
BI-CITROL MARINIER
GRANULÉ SOLUBLE DE CITRATES
MONOSODIQUE ET TRISODIQUE
EUPEPTIQUE·CHOLAGOGUE·ANTIVISQUEUX·DÉCONGESTIF
Échantillons et Littérature : Laboratoire MARINIER, 159, Rue de Flandre, PARIS


HYPERTENSIONS
ET TOUS ÉTATS SPASMODIQUES
DE LA MUSCULATURE LISSE
Gélules
Benzoate de Benzyle
OLÉTHYLE-BENZYLE
LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS
122, Rue du Faubourg St Honoré
PARIS VIIIe


INSTANTANÉ
ASEPTIQUE
OUATAPLASME
PARIS
SÉDATIF
RÉSOLUTIF

sion, comme d'ailleurs toute fixité anormale, et les aspects que peut alors présenter l'appendice. Cependant l'intervention montre en général plus fréquemment que les rayons l'existence d'adhérences.

b) *Remplissage*. Une opacité appendiculaire minime, surtout quand l'extrémité n'en est pas régulièrement convexe et que l'appendice est fixé dans sa partie distale, suggère l'idée d'un remplissage incomplet, quelle que soit la longueur de l'appendice. I. n'attache qu'une importance secondaire aux modifications de calibre, de régularité, de morphologie en raison des conditions anatomiques et physiologiques de l'appendice, et estime sans valeur diagnostique la segmentation.

c) *Douleur à la pression*. La douleur au point de Mac Burney ne constitue malheureusement pas un signe pathognomonique, car elle peut accompagner d'autres affections de la région, bien que de grande valeur, mais pouvant aussi manquer, au cours de lésions appendiculaires.

d) *Manque de remplissage*. C'est là un signe de grande valeur (à condition que la technique ait été rigoureuse), bien que ne donnant pas de renseignements sur la nature des lésions qui le provoquent, qu'on doit associer aux modifications que l'on peut constater du côté du cæcum et du grêle.

e) *Stase appendiculaire*. Celle-ci constitue pour certains auteurs un symptôme capital; il n'y a stase, pour Czepa, que si celle-ci peut s'observer 1 à 2 jours après l'évacuation totale du cæcum; I. discute cette opinion qui lui paraît trop absolue et considère que la stase n'est qu'un élément de plus à ajouter à l'ensemble des signes cliniques et radiologiques.

L'appendice après l'intervention. I. rappelle qu'il peut subsister une légère opacité persistant après l'appendicectomie qu'il ne faut pas confondre avec l'appendice.

Des 70 malades suivis après intervention 60 se considéraient comme guéris (dont 18 chez qui l'appendice ne put être rempli, 25 dont la situation de l'appendice était anormale et 14 chez qui l'intervention ne montra que fort moins les signes cliniques et radiologiques).

I. conclut qu'un examen radiologique négatif ne constitue pas une contre-indication à l'intervention.

Morel Kahn.

Félix Fleischner (Vienne). ***Les diverticules de l'œsophage; diverticules par accolement ou par adhérences*** (*Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, tome XLV, n° 6, Juin 1932). — Le diagnostic des diverticules de l'œsophage a évolué en trois périodes: d'abord, de découverte post mortem, de diagnostic clinique ensuite, de diagnostic radiologique enfin, celui-ci constituant désormais le seul procédé de diagnostic, pour ainsi dire.

F. étudie d'abord les principaux caractères des diverticules que la classification généralement adoptée distingue en diverticules de traction et de pulsion et rappelle qu'en 1926 Barsony a décrit une forme particulière de diverticules, fonctionnelle, dite « par relâchement », passagère, qu'il attribue à des troubles de l'innervation et qui accompagne souvent des affections gastro-duodénales.

F. cherche à expliquer d'une manière personnelle l'origine de ces diverticules transitoires et pense qu'il s'agit, dans la majorité de ces cas, sinon dans tous, de modifications anatomiques localisées conditionnant ces *diverticules par accolement* ou *par adhérences* et voici les points sur lesquels il base sa théorie: 1° Le siège des diverticules transitoires est le même que celui des diverticules de traction, surtout antéro-latéral et à peu près à la hauteur de la bifurcation des bronches; 2° ils sont souvent multiples et voisinent fréquemment avec des diverticules de traction typiques; 3° comme c'est le cas pour ces derniers l'anatomie et la radiographie montrent souvent au voisinage des diverticules transitoires des noyaux calcifiés au niveau des ganglions paratrachéaux; 4° il y a des phénomènes successifs d'attraction externe et de pulsion d'origine interne qui accompagnent les mouvements péristaltiques de l'organe et qui font que le sac se dilate et s'arrondit de manière transitoire ou permanente; 5° des recherches ultérieures ont prouvé que l'on pouvait observer des diverticules de ce type dans les paralysies du récurrent ou du phrénique, l'asthme bronchique, coïncidant avec de la médiastinite; 6° ces diverticules siègent toujours à peu près au même point; de visibilité variable, ils demandent à être recherchés minutieusement; 7° les constatations anatomiques ont permis, dans 5 cas, de vérifier leur existence et leur origine pathologique.

S'ils peuvent parfois être d'origine congénitale, c'est en réalité le plus souvent à un accolement localisé de la paroi œsophagienne s'accompagnant de lésions musculaires qu'ils sont dus; tel est le cas, par exemple, dans les médiastinites, dans certaines affections inflammatoires (en particulier adénites et périadénites tuberculeuses, pleurésies), qui gagnent secondairement la paroi de l'œsophage et contribuent à la fixer aux tissus voisins.

F. insiste sur la *technique* nécessaire à la mise en évidence de ces diverticules auxquels il faut penser lors d'une affection thoracique (procéder toujours par suite à l'examen de l'œsophage à l'aide de bouillie opaque). F. passe en revue successivement les *diverticules haut situés*, souvent consécutifs à une pleurésie, et qu'il ne faut pas confondre avec un athérome aortique; les *diverticules « épibronchiques » du tiers moyen* qui constituent la majorité, de tailles variables, pouvant révéler par exemple l'existence d'une médiastinite avec adhérences; les *diverticules « épiphréniques » du tiers inférieur* souvent consécutifs à une pleurésie et qui sont souvent pris, à tort, pour une dilatation de l'œsophage ou une hernie para-œsophagienne.

Le *diagnostic* de diverticule est en général aisé; il faut pourtant penser aux erreurs possibles dues par exemple à la présence d'un ganglion calcifié, d'une lésion secondaire à une sténose organique.

F. montre le peu de signes cliniques qui accompagnent souvent les diverticules qui deviennent ainsi une découverte des rayons.

Ils peuvent cependant être rencontrés au cours de lésions des organes voisins, notamment dans certaines lésions des nerfs: récurrent, vague ou phrénique, et peuvent enfin être le siège de *complications* comme leur perforation dans un organe voisin; c'est là d'ailleurs une éventualité rare (consécutive le plus souvent à l'action d'un corps étranger contenu dans le sac) et qui peut provoquer une médiastinite phlegmoneuse à issue fatale par exemple, un abcès du poumon, un pyopneumothorax ou un pyopneumopéricarde.

On a vu des cancers évoluer à leur niveau.

Ce n'est que devant les risques qu'ils peuvent faire courir qu'il convient de discuter l'opportunité d'une intervention que leur silence habituel contre-indique en général.

Morel Kahn.

ARCHIV für GYNAKOLOGIE *(Berlin)*

E. Wehefritz et **E. Gierhake**. ***A propos de la séparation et de l'isolement d'hormones endocriniennes dans l'urine de femme en état de gestation*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLIX, n° 2, 9 Mai 1932). — En traitant une grande quantité d'urine de femme enceinte, W. a pu isoler l'hormone de croissance. Pour cela, il a utilisé le pouvoir adsorbant que possède le kaolin tant vis-à-vis de l'hormone folliculaire que du prolan. W. et G. considèrent que l'hormone, ainsi isolée par eux, est bien l'hormone de croissance d'origine pré-hypophysaire. Philipp, à cela, objecte que l'hypophyse se comporte d'une manière absolument différente pendant la gestation et en dehors de cet état, et il estime que, chez la femme en état de gestation, c'est dans le placenta qu'il faut rechercher l'origine de l'hormone.

Henri Vignes.

Annemarie Köhler. ***Glycémie du nouveau-né et perte de poids physiologique*** (*Arch. für Gynäkologie*, tome CXLIX, n° 2, 9 Mai 1932). — Le chiffre de la glycémie chez le nouveau-né et l'importance de perte de poids physiologique néo-natale sont dans une étroite interdépendance. Les nouveau-nés qui perdent peu de poids, font une chute de la glycémie moins marquée que les autres. Il est à supposer que l'hypoglycémie du nouveau-né tient à une surproduction d'insuline: de ce fait, les protides et les graisses du nouveau-né sont transformées en glucides pour être utilisés comme source d'énergie. Puis, lorsque la fonction pancréatique se régularise, on voit, en quelques jours, la courbe de poids se relever, cependant que l'hypoglycémie s'atténue.

(Ces constatations sont à rapprocher de celles de Eder et Bakewell, in *American Journal of dis. of Children*, 1931, p. 1079, d'après lesquelles on peut supprimer la perte de poids initiale en administrant chaque jour 60 gr. d'eau lactosée à 5 pour 100, additionnée de 30 centigr. de citrate de soude.)

Henri Vignes.

Joseph Novak (Vienne). ***Eunuchoïdisme féminin*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLIX, n° 2, 9 Mai 1932). — L'eunuchoïdisme masculin est, depuis longtemps, bien connu; mais l'eunuchoïdisme de la femme l'est beaucoup moins: il n'existe, actuellement, que peu d'observations probantes si l'on veut bien tenir compte qu'eunuchoïdisme et infantilisme ne sont pas synonymes. L'eunuchoïde femme a une taille supérieure à la normale, — une disproportion du squelette telle que la partie inférieure du corps est proportionnellement plus développée que la partie supérieure, — une augmentation de l'adiposité sous-ombilicale, coxale et thoracique, si bien que la ceinture pelvienne et la région fessière sont élargies par un épais pannicule graisseux. Il n'y a aucune transformation des organes génitaux dans le sens hétéro-sexuel.

N. publie 5 observations. Pour lui, la cause de l'eunuchoïdisme doit être recherchée dans une maladie de l'embryon. Dans l'un de ses cas, la malade avait un frère jumeau et il aurait été intéressant de savoir si les deux placentas avaient des anastomoses vasculaires comme Keller et Tandler l'ont signalé dans le free-martinisme. Dans un autre cas, le père de la malade était syphilitique. Dans un dernier cas, on pouvait peut-être incriminer une intoxication saturnine chronique du procréateur. Deux des 5 malades étaient d'origine israélite. Il semble que cette anomalie soit plus fréquente dans ce groupe ethnique.

Henri Vignes.

H. Siegmund. ***Puberté précoce, suite de proliférations chorioépithéliomateuses*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CXLIX, n° 2, 9 Mai 1932). — Observation d'une fillette, âgée de 5 ans et 11 mois, qui a été jusque-là bien portante mais qui, depuis quelques semaines, grandit rapidement et a eu une hémorragie génitale que la mère a interprétée comme étant une menstruation. Elle est pâle et triste; son corps est plus développé que celui d'une fillette de son âge. Le toucher vaginal est possible: l'utérus est plus gros que normalement et l'on sent un kyste sur l'ovaire droit. Cinq mois durant, l'état reste stationnaire, les hémorragies utérines

se reproduisant régulièrement tous les mois. Au début du sixième mois, on constate une tumeur ovarienne, qui s'est rapidement développée et qui remonte jusqu'à l'ombilic; tumeur kystique dans sa partie inférieure, solide dans sa partie supérieure; l'utérus est refoulé à gauche; les organes génitaux externes se sont développés rapidement; les seins sont durs et saillants et il s'en écoule du colostrum. La réaction d'Aschheim-Zondek est fortement positive et l'on pose le diagnostic de tératome de l'ovaire droit, avec formation chorio-épithéliomateuse. Les recherches radiologiques montrent une accélération de l'accroissement des zones diaphyso-épiphysaires qui correspondent à l'aspect de 12 à 13 ans.

On pratique l'ablation de la tumeur ovarienne droite ainsi que de l'ovaire gauche, dans lequel s'est développée une métastase. L'utérus est laissé en place, il est livide. On ne trouve pas d'autres métastases dans le pelvis. L'examen microscopique montre un tératome embryonnaire partiellement kystique. Deux jours après l'opération, il se produit une légère hémorragie génitale. Trois semaines plus tard, apparaissent les signes d'une métastase pulmonaire bilatérale avec pleurésie. L'enfant succombe trente-deux jours après l'opération.

HENRI VIGNES.

THE LANCET
(Londres)

G. Eagles et **J. Ledingham.** ***La vaccine et les corpuscules de Paschen : expérience d'inoculation avec des filtrats de virus centrifugés*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5668, 16 Avril 1932). — Les travaux récents confirment de plus en plus que l'agent pathogène de la vaccine est bien représenté par les corpuscules de Paschen, petits cocci décrits depuis 1906 comme existant de façon constante dans les lésions vaccinales. Les expériences d'ultrafiltration du virus vaccinal faites par Elford et Andrenes sont à cet égard particulièrement concluantes: ceux-ci démontrèrent à l'aide de cette technique que la dimension du virus de la vaccine était d'environ 0 µ, 150, dimension exactement semblable à celles des corpuscules de Paschen.

Les auteurs ont réussi à centrifuger le virus vaccinal en employant une centrifugeuse ultra-rapide (14.000 tours à la minute). Après une heure de centrifugation, les corpuscules de Paschen sont tous concentrés dans le fond du tube, et le liquide surnageant est dépourvu de toute virulence, alors que le dernier centimètre cube est d'une activité très supérieure à celle du virus non centrifugé.

Des résultats identiques sont obtenus en combinant centrifugation et lavage des corpuscules : ceux-ci conservent leur action pathogène après plusieurs lavages, alors que le liquide de lavage est sans activité. Ces expériences prouvent de façon démonstrative le rôle pathogène des corpuscules de Paschen.

R. RIVOIRE.

R. Green. ***Etude de 50 cas de malaria traités par l'atebrine, nouveau médicament synthétique*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5668, 16 Avril 1932). — L'atebrine est un nouveau remède, dont la composition chimique n'est pas divulguée, mais qui semble parent de la Plasmoquine. Il est préparé par synthèse en Allemagne, et paraît particulièrement actif dans le traitement de la malaria.

L'auteur a essayé ce nouveau traitement chez 50 paludéens, avec d'excellents résultats. La dose habituelle est de 0 gr. 3 par jour, absorbée par voie buccale. Le médicament est d'ordinaire bien toléré : dans quelques cas il détermine cependant de la céphalée ou des douleurs abdominales.

L'atebrine est aussi actif que la quinine sur les symptômes de la maladie et sur la disparition des parasites dans le sang : il lui semble nettement supérieur pour empêcher les récidives. Cependant il n'est pas capable de détruire les gamétocytes du Plamodium vivax ou falciparum, pas plus d'ailleurs que la quinine.

R. RIVOIRE.

D. Krestin. ***Galactorrhée avec élargissement de la selle turcique : deux observations*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5670, 30 Avril 1932). — L'influence de l'hypophyse sur la sécrétion des glandes mammaires est aujourd'hui bien connue : les expériences de Stricker et Grueter ont montré que l'injection d'extrait alcalin de lobe antérieur déterminait l'apparition de lactation chez la lapine castrée; d'autre part les observations sont assez nombreuses de galactorrhée ou de lactation anormalement prolongée chez des acromégales.

K. a observé deux cas de galactorrhée persistante chez des femmes n'ayant jamais été enceintes et ne présentant d'autres symptômes pituitaires que de l'aménorrhée, des crises de céphalalgie et un élargissement de la selle turcique. Il est probable qu'il y avait chez ces malades hypersécrétion isolée d'hormone galactogène du lobe antérieur. Peut-être aussi y avait-il chez elles une acromégalie débutante, n'ayant pas encore eu le temps de déterminer des modifications squelettiques.

R. RIVOIRE.

THE IRISH JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE
(Dublin)

H. Moore. ***Une étude clinique de l'achlorhydrie*** (*The Irish Journal of Medical Science*, tome IV, n° 75, Mars 1932). — M. a eu l'occasion d'observer 33 cas d'anémie qui, à première vue, rentraient dans le type pernicieux, du fait de l'atrophie des papilles linguales, de la glossite et de l'achlorhydrie et du teint subictérique des malades, mais présentaient un index hémoglobinique très au-dessous de l'unité, pas de mégalocytes et le diamètre moyen des hématies normal. Cette anémie, observée surtout chez les femmes entre 20 et 50 ans, s'accompagne presque toujours d'achlorhydrie qui semble un des éléments importants de l'étiologie et guérit par le traitement ferrugineux oral.

La fréquence de cette forme d'anémie non mégalocytique est montrée par le fait que durant la même période, il a été observé, en dehors de l'anémie pernicieuse proprement dite, 12 cas d'anémie secondaire d'origine inconnue, avec présence d'acide chlorhydrique dans l'estomac et 31 cas d'anémie de cause définie.

Il semble qu'il y ait une relation de cause à effet directe ou indirecte entre l'achlorhydrie et cette forme d'anémie chlorotique non mégalocytique.

Si l'on rencontre l'achlorhydrie chez un certain nombre de sujets apparemment en bonne santé, celle-ci existe dans de nombreux cas d'affections gastro-intestinales et dans de rares cas chez des malades souffrant de désordres variés, particulièrement dans le diabète sucré et dans l'hyperthyroïdie. Parmi 83 cas de diabète sucré, l'achlorhydrie fut trouvée dans 33 fois (39,7 pour 100 des cas), 6 cas avaient des traces d'acide chlorhydrique gastrique, 10 avaient de l'hypochlohydrie, 30 avaient une acidité normale et 4 de l'hyperchlorhydrie. L'épreuve à l'histamine ne fut pratiquée que rarement; la recherche de l'HCl ne fut pratiquée dans les cas graves que lorsque la cétose eut disparu sous l'influence du traitement.

L'examen fractionné du suc gastrique après repas d'épreuve montra dans 47 cas d'hyperthyroïdie nette: de l'achlorhydrie 37 fois (78 pour 100). 4 cas avaient des traces d'acide chlorhydrique, un était hypochlorhydrique, 4 normaux et 1 hyperchlorhydrique.

ROBERT CLÉMENT.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

W. Lillie et **H. Parker.** ***Névrite rétrobulbaire due à une intoxication par le thallium*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 16, 16 Avril 1932). — L. et P. publient une observation de névrite rétrobulbaire par intoxication chronique au thallium, due à l'usage continu de pâtes épilatoires. Cette observation est en tous points identique à celles publiées tout récemment par Mahomey dans le même journal: mais l'atrophie optique était dans ce cas plus marquée, et la diminution du champ visuel n'a que peu régressé après cessation de la pâte épilatoire, alors que la polynévrite coexistante avait complètement disparu. Il semble donc que le thallium ait une action particulièrement intense sur le nerf optique.

R. RIVOIRE.

ARCHIVES OF SURGERY
(Chicago).

George Milles et **Paul Urwits** (Chicago). ***Les effets des solutions hypertoniques sur la pression céphalo-rachidienne*** (*Archives of Surgery*, tome XXIV, n° 4, Avril 1932). — Les auteurs ont expérimenté les effets de l'injection intraveineuse de solutions hypertoniques sur la pression céphalo-rachidienne mesurée avec un manomètre adapté à une ponction lombaire. Ils ont constaté que, dans les conditions normales, la pression présente certaines variations mais qui restent toujours légères. L'injection intraveineuse d'une solution hypertonique détermine trois ordres de phénomènes:

Immédiatement une légère augmentation de la pression, augmentation inconstante, souvent peu marquée, mais qui peut cependant atteindre un niveau élevé dans les cas où les solutions sont très concentrées (sérum salé à 30 pour 100).

Le deuxième phénomène qui survient immédiatement après et qui dure environ une petite heure est la chute de la pression, mécanisme bien connu et même le seul connu d'après les classiques, et qui est due très vraisemblablement à une sortie de liquide céphalo-rachidien par le mécanisme osmotique.

Mais le troisième phénomène qui apparaît à la suite semble être le plus important par sa constance, son intensité et sa durée. C'est une élévation progressive de la tension céphalo-rachidienne qui atteint et dépasse largement le niveau primitif et qui semble se maintenir à ce moment.

En conclusion, l'injection intraveineuse de solution hypertonique si elle se montre efficace pour faire baisser passagèrement la tension céphalo-rachidienne est en réalité très nuisible ultérieurement puisqu'elle augmente celle-ci. On comprend que les effets seront d'autant plus nuisibles que la pression était déjà plus élevée au moment de l'injection et les auteurs pensent que dans les cas d'hypertension céphalo-rachidienne traités par cette médication et chez lesquels on voit réapparaître les accidents d'hyperpression et même où l'on doit déplorer des accidents graves ou la mort, ceux-ci sont dus aux phénomènes qu'ils ont établis expérimentalement.

F. D'ALLAINES.

SURGERY, GYNECOLOGY and OBSTETRICS
(Chicago)

E. B. Benedict, C. P. Stewart et **P. N. Cutner** (Edimbourg). ***Le rôle de la bile dans l'occlusion intestinale haute*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*), tome LIV, n° 4, Avril 1932). — Cet article

est une étude d'expérimentation pure chez le chien, d'où ne ressort d'ailleurs pas grand'chose.

En pratiquant une occlusion haute de l'intestin et en injectant la bile dans le bout inférieur grâce à une entérostomie, ils ont obtenu chez leurs animaux une survie légèrement supérieure aux témoins. Toutefois ce résultat n'est obtenu que si l'occlusion siège juste au-dessous de l'abouchement des canaux biliaires, ce qui empêche toute absorption de bile.

Mais quand l'occlusion siège assez en dessous de la papille pour qu'une certaine quantité de bile puisse être absorbée, la réinjection de bile ne semble plus avoir d'effet.

Ces expériences tendent à prouver que l'absence de bile dans le segment intestinal sous-jacent à l'occlusion n'a pas une grande importance au point de vue de la survie chez les chiens. Mais il ne faudrait pas en conclure à l'absence d'effet de la bile introduite dans le gros intestin de l'homme atteint de distension paralytique.

La composition de la bile, au moins pour les sels biliaires et le cholestérol, ne paraît pas modifiée par l'occlusion intestinale.

Quand chez un chien la balance de l'eau et des chlorures est conservée, la longueur de la survie dépend presque entièrement de deux facteurs : le niveau exact de l'occlusion au-dessous de la papille et la réserve graisseuse.

M. Guibé.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (Saint-Louis)

M. Courtiss et **J. C. V. Fisher.** ***Etude analytique de 1.000 césariennes*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XXIII, n° 5, Mai 1932). — C. et F. présentent une analyse très minutieuse de mille cas de césariennes provenant d'une série brute et continue de 1.257 interventions pratiquées au Memorial Hospital du 1er Janvier 1911 au 1er Février 1931. Il y a un déchet de 257 cas, dû, d'une part, à l'impossibilité d'utiliser certaines anciennes observations incomplètes et, d'autre part, à certaines interventions atypiques. La statistique globale a été divisée en deux séries : 1911-1919 et 1920-1931. Dans la première, il s'agit presque uniquement de césariennes corporéales classiques et, dans la deuxième, en grande majorité, de césariennes basses. Le nombre des césariennes a été en progressant : par exemple, 2 en 1911, 131 en 1929 et, pour le dernier mois de la période envisagée, il a été pratiqué 12 césariennes sur 130 accouchements, soit 9,2 pour 100.

Sur les 1.000 cas étudiés, 624 étaient des césariennes classiques et 376 des césariennes basses; 277 cas étaient des opérations itératives. La mortalité maternelle globale a été de 54 cas, soit 49 morts sur 624 césariennes classiques et 5 morts sur 376 césariennes basses.

La césarienne a été pratiquée après épreuve du travail dans 285 cas avec 20 morts (85 césariennes hautes, avec 17 morts et 200 césariennes basses avec 3 morts).

Dans 327 cas, on a pratiqué des opérations complémentaires dont 7 hystérectomies et 253 stérilisations.

Le drainage et le lavage abdominal sont dangereux.

Dans la césarienne basse, il y a 65,2 pour 100 des cas où la température n'a pas atteint 38° alors que, dans la haute, il y en a seulement 6,7 pour 100.

Indications: a) *Bassin rétréci.* — 247 cas avec 12 morts. La série ne comprend que les primipares, les césariennes itératives faites pour bassin rétréci étant groupées avec les autres itératives. Sur les 347 cas, il y a 214 césariennes hautes, avec 10 morts (4,67 pour 100) et 133 césariennes basses, avec 2 morts (1,50 pour 100). La mortalité fœtale est comparable dans les deux : 3,3 pour 100 et 2,3 pour 100.

b) *Césariennes itératives.* — 277 cas (dont 5 ruptures utérines). Sur 126 césariennes hautes, on trouve 7 morts; sur 121 césariennes basses, mortalité nulle.

c) *Toxémies gravidiques.* — Eclampsie 8 cas, avec 3 morts (7 césariennes hautes, avec 3 morts et 1 césarienne basse, sans mortalité); — prééclampsie: 14 cas (7 césariennes hautes, 1 mort et 7 césariennes basses, pas de mortalité); — toxémie néphrétique: 56 cas (45 césariennes hautes, avec 7 morts et 10 césariennes basses, avec 1 mort).

d) *Hémorragies.* — 10 cas de décollement du placenta normalement inséré avec une mort et 43 cas de placenta prævia avec 3 morts (31 césariennes hautes avec 3 morts et 12 césariennes basses sans mort).

Indications plus rares. — 1° 54 fois, on fit une césarienne pour tête non engagée. Peut-être s'agissait-il de bassins légèrement touchés, mais c'est sur le diagnostic de non-engagement que l'opération fut entreprise; sur le nombre, il y eut 34 césariennes classiques avec 3 morts, et 20 césariennes basses sans mortalité.

2° La césarienne fut pratiquée, dans un certain nombre de cas, pour des affections pelviennes: 26 fois parce qu'il y avait eu des opérations plastiques vaginales et périnéales ou des hystéropexies, 12 fois pour des fibromes, une fois pour kyste de l'ovaire, sans qu'il y ait de mortalité dans ce groupe.

3° Dans 24 cas, on fit des césariennes pour affections cardiaques (22 césariennes hautes avec 4 morts et 2 basses sans mortalité).

4° Dans 126 cas, on intervint pour rigidité du col, trouble de la contraction, malformation utérine (70 césariennes hautes avec 8 morts et 56 basses avec 2 morts).

Henri Vignes.

W. J. Dieckmann et **C. Wegner.** ***Eclampsie sans convulsions, ni coma*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, tome XXIII, n° 5, Mai 1932). — Depuis le mémoire que Slemons a fait paraître en 1907, on a publié plusieurs cas, vérifiés à l'autopsie, d'éclampsie sans convulsions ni coma. L'absence de coma est, d'ailleurs, rare, puisqu'on en connaît seulement 7 cas irréfutables.

D. et C. rapportent une observation. Une primipare, enceinte de sept mois et demi, entre à l'hôpital, le 7 Février, pour céphalée, troubles visuels, œdème de la face et des mains. Apparition de l'albumine à sept mois. Albuminurie massive à l'entrée, cylindres hyalins, 5.030.000 globules rouges, 10.200 globules blancs et 367.000 plaquettes. Volume du plasma 2.560 cmc et volume du sang, 5.120.

Le lendemain, phénolsulfonephtaléine: 25 pour 100 à la première heure et 20 pour 100 à la deuxième heure. Amélioration.

Le 10 Février, épistaxis, vomissements, réapparition de l'œdème et de la céphalée, épigastralgie. On provoque l'accouchement. Expulsion d'un mort-né. Ictère. Hypotension brusque avec remontée temporaire par du sérum glucosé intraveineux, mais redescente progressive jusqu'à la mort, qui survient une heure après l'accouchement sans qu'il y ait jamais eu ni convulsions ni coma. Au cours des accidents, la température n'a pas dépassé 37°2, et le pouls n'a pas dépassé 96, sauf à la période agonique.

Les examens quotidiens du sang ont montré une hypercholestérolémie considérable, — une concentration du sang à l'entrée qui a diminué à la suite d'injection d'une solution de gomme d'acacia et qui est remontée au fur et à mesure que l'état s'aggravait à nouveau, — un équilibre acide-base normal, — une légère rétention d'azote.

D. et W. se fondent, pour parler d'éclampsie, sur les résultats de l'autopsie, pratiquée aussitôt après la mort.

Foie: 1.920 gr. Surface criblée de petites taches variant du rouge au brun, d'aspect hémorragique, tantôt isolées, plus souvent confluentes. Entre ces taches, le tissu hépatique est jaune. La palpation des foyers hémorragiques montre que ceux-ci sont plus résistants. Au microscope, on note des hémorragies dans les espaces portes. Les parois endothéliales des vaisseaux apparaissent comme très atteintes. En de nombreux endroits, dégénérescence du tissu hépatique, cependant qu'en d'autres celui-ci paraît sain.

De nombreux capillaires sont thrombosés par des globules rouges en état d'agglutination.

Reins: 170 gr. chacun. Capsule lisse et normale, se rétractant bien. La décortication facile montre un parenchyme pâle et œdémateux. Au microscope: grosses lésions épithéliales des glomérules et hémorragie dans les tubuli. Congestion capillaire importante. Dégénérescence hyaline des cellules des tubuli avec quelques cylindres hyalins dans la lumière.

Henri Vignes.

JAPANESE JOURNAL OF DERMATOLOGY AND UROLOGY (Tokio)

Sato. ***3 cas de lupus érythémateux aigu*** (*Japanese Journal of Dermatology and Urology*, tome XXXII, n° 3, Mars 1932). — Le lupus érythémateux est une dermatose assez fréquente au Japon, mais on voit surtout des formes chroniques; les cas aigus, disséminés, sont rares, puisque S. n'a pu en recueillir que 27 cas dans la littérature japonaise. 10 cas succombèrent.

S. rapporte 3 cas personnels. Le premier a trait à un homme de 62 ans, qui mourut dans un état septicémique à la suite d'une application malencontreuse de rayons ultra-violets: exacerbation des lésions cutanées, fièvre, hémoptysies, entérorragies, hémorragies buccales, érythème bulleux et purpurique de la peau. Le sang et les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch.

La deuxième malade, âgée de 49 ans, atteinte de lupus érythémateux de la face à type érysipéloïde, mourut de pneumonie avec albuminurie. Les crachats ne contenaient pas de bacilles de Koch.

Le troisième cas, âgé de 38 ans, était un tuberculeux pulmonaire, et il mourut après une forte hémoptysie.

Les lésions histologiques étaient classiques dans les 3 cas: au début, œdème épidermique avec dilatation des capillaires sanguins et lymphatiques, légère infiltration cellulaire dans la couche papillaire et sous-papillaire; dans les lésions anciennes, atrophie de l'épiderme et des faisceaux hyalins et élastiques.

S. estime que la tuberculose joue un rôle dans l'étiologie du lupus érythémateux aigu. Dans le troisième cas, l'autopsie montra une tuberculose pulmonaire. Dans le deuxième cas, la radiographie montra une tuméfaction des ganglions hilaires et une infiltration du lobe supérieur du poumon gauche.

La réaction de Pirquet devint positive dans les 3 cas au cours de la maladie, alors qu'elle était négative auparavant. Le Wassermann était positif dans le troisième cas seulement.

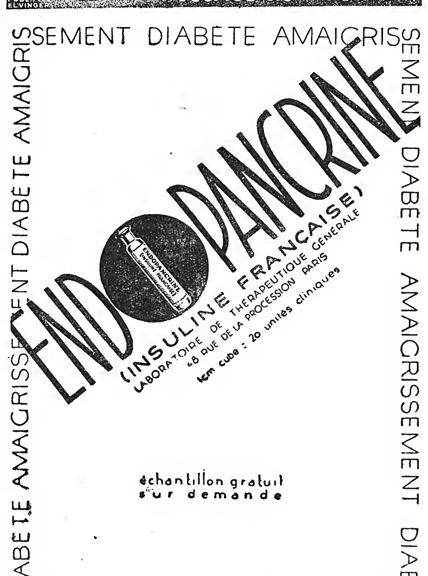
R. Burnier.



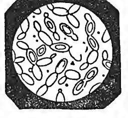
vivifiante
La minéralisation de l'eau de SAINT-GALMIER, Source Badoit, comporte des sels de chaux (bicarbonate, azotate, sulfate) parfaitement assimilables puisqu'ils se présentent sous leur forme naturelle.
Captée et embouteillée avec le plus grand soin, la Source Badoit sera le puissant adjuvant de toute cure de recalcification.
SAINT GALMIER BADOIT
source de santé



POUR LE TRAITEMENT DE TOUTES AFFECTIONS
à STREPTOCOQUES
et à STAPHYLOCOQUES
PLAIES INFECTÉES, ABCÈS, FURONCLES, ETC
arapal
POMMADE NON GRASSE
RICHE EN ANTIVIRUS
LITTÉRATURE ET ECHANTILLONS SUR DEMANDE
H. VILLETTE, Pharmacien
131. Rue Cambronne. PARIS-15e. Vaugir. 11-23



AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE
ENDOPANCRINE
(INSULINE FRANÇAISE)
LABORATOIRE DE THERAPEUTIQUE GENERALE
48 RUE DE LA PROCESSION PARIS
1cm cube : 20 unités cliniques
échantillon gratuit
sur demande
EDITIONS PAUL-MARTIAL



REVUE DES JOURNAUX

ANNALES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE (Paris)

Folke Henschen (Stockholm). ***L'endovasculite proliférante thrombopoïétique dans la lésion vasculaire locale*** (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, tome IX, n° 2, Février 1932). — L'endovasculite proliférante thrombopoïétique est une lésion décrite d'abord par Masson et dont H. redonne ici une description bien illustrée. Elle consiste en des végétations intravasculaires dendritiques formées dans la lumière de grosses veines en des régions infectées et dans des conditions de circulation défectueuse : Masson et son élève Chagas l'ont étudiée dans des dilatations hémorroïdaires, H. l'a rencontrée dans les polypes urétraux des femmes âgées, dans les varices des membres inférieurs, etc.

Suivant ces auteurs l'endovasculite proliférante thrombopoïétique doit être distinguée complètement de la thrombose avec organisation secondaire du thrombus; ici c'est la réaction hyperplasique de l'endothélium qui est la première lésion en date; ils l'interprètent soit comme une néoplasie bénigne (hémangio-endothéliome); soit comme une lésion d'origine inflammatoire.

La discussion porte aussi sur l'histogénèse exacte de la lésion constituée. H. pense que le squelette fibrineux des végétations intravasculaires provient de la lyse des globules rouges emprisonnés dans les mailles du réseau endothélial proliférant.

P. Moulonguet.

Jean Rossier (Genève). ***Etude sur l'état de la*** *nales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale, nales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale,*, tome IX, n° 3, Mars 1932). — L'étude anatomique de 48 cas de cirrhose a permis à R. d'aboutir aux conclusions suivantes : il y a, dans la majorité des cirrhoses hépatiques, une réaction hyperplasique évidente déjà à l'œil nu de la moelle osseuse; au microscope cette moelle osseuse présente une réaction myéloblastique et érythropoïétique, et par contre une diminution des mégacaryocytes.

Les altérations de la moelle osseuse sont très précisément décrites et les techniques employées : coupes d'os longs et de côtes, empreinte sur lame, coupes histologiques, sont exposées. Les différents types de cirrhose (Laennec, Hanot, pigmentaire, etc.) sont comparés avec les réactions médullaires observées.

Enfin R. essaie de pénétrer la pathogénie de ces réactions. Il met en vedette l'analogie entre les cirrhoses et l'anémie pernicieuse dans leurs effets sur les tissus hématopoïétiques.

P. Moulonguet.

Pedro Jauregui et **José L. Monserrat** (Buenos-Aires). ***Contribution à l'étude des kystes hydatiques calcifiés*** (*Annales d'anatomie pathologiques médico-chirurgicale*, tome IX, n° 4, Avril 1932). — La calcification de la paroi des kystes hydatiques a comme suite la mort du parasite et sa transformation ultérieure en un nodule calcaire. Si l'on admet que cette transformation représente une forme de guérison spontanée, on peut penser que l'investigation des processus et des causes qui déterminent cette calcification serait d'un intérêt pratique considérable.

Malheureusement, si nos connaissances sur la formation des dépôts calciques ont un peu progressé, nous sommes loin de pouvoir les reproduire à volonté et la thérapeutique suggérée par les auteurs n'est pas près d'être réalisée.

Dans cette étude très poussée de deux kystes hydatiques calcifiés du psoas, J. et M. ont caractérisé les dépôts calciques par plusieurs méthodes déjà décrites et par une méthode originale. Ils rappellent les idées régnantes sur les conditions locales et générales de la calcification. En ce qui concerne la membrane périhydatique qui est avasculaire, elle subit avant d'être imprégnée de sels calciques une dégénérescence granuleuse, puis hyaline.

P. Moulonguet.

J. Barrelet (Genève). ***Les glandes à sécrétion interne dans la cirrhose hépatique*** (*Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale*, tome IX, n° 4, Avril 1932). — Les altérations fréquentes des glandes à sécrétion interne dans les cirrhoses peuvent-elles conduire à cette conclusion que l'altération hépatique est facilitée, en présence de certains poisons, par la déficience du système endocrinien ? Ou bien les altérations des glandes sont-elles secondaires aux lésions hépatiques ? Pour résoudre cet important problème, B. a examiné dans toutes les autopsies de cirrhose pratiquées à Genève l'état des glandes à sécrétion interne.

Le testicule est parmi les plus touchées : il présente des lésions d'atrophie des canaux séminifères et d'hyperplasie des cellules interstitielles. La diminution de volume du testicule est constante dans la cirrhose de Laennec.

Par opposition, l'ovaire est habituellement intact.

Le corps thyroïde est petit; la substance colloïde y est peu abondante, basophile et très habituellement criblée de vacuoles et de granulations réfringentes.

L'hypophyse, par contre, montre peu d'altérations. L'épiphyse paraît normale.

Les surrénales sont plutôt pauvres en lipoïdes, leur corticale est parfois scléreuse et montre fréquemment des images pseudo-glandulaires.

Le pancréas est atteint dans les 3/4 des cas, scléreux avec atrophie du système glandulaire et des îlots de Langerhans.

A propos de chacun des organes, B. donne l'historique des recherches qu'ils ont déjà suscitées et rapporte en détail ses propres constatations. Il s'agit donc d'un travail très important, qui est à consulter dans le texte.

P. Moulonguet.

LE SANG (Paris)

L. Lenzi et **V. Mongelli**. ***L'état asphyxique et les modifications du sang*** (*Le Sang*, tome VI, n° 2, 1932). — L'étude du sang, des organes hématopoïétiques et du système réticulo-endothélial chez des lapins et des cobayes soumis à des asphyxies répétées, prolongées pendant une longue période, de façon à créer un véritable état d'asphyxie chronique, a donné aux auteurs les résultats suivants. On constate tout d'abord une stimulation du système hématopoïétique avec régénération des éléments; puis un épuisement de cette action : au début il existe une polyglobulie asphyxique constante mais légère, une augmentation des leucocytes, portant surtout sur les neutrophiles et, à un moindre degré, sur les lymphocytes. L'éosinophilie asphyxique n'a pas été retrouvée. Une excitation régénératrice se produit également sur les organes producteurs de plaquettes, puis, après une période d'arrêt, l'action stimulante réapparaît, si l'on répète très longuement les asphyxies. On peut ainsi comparer l'action de l'asphyxie et celle du sérum antiplaquettes.

A. Escalier.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

G. Sabrazès, **R. de Grailly** et **J. Salabartan**. ***Contribution à l'étude des caractères physiques et chimiques de la synovie normale et pathologique*** (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, tome LIII, n° 18, 1er Mai 1932). — Chez les bovidés il est facile de recueillir à la seringue 20 à 50 cmc de synovie dans les articulations du cou-de-pied et du genou.

La synovie normale de ces animaux a l'aspect d'un liquide clair peu transparent, incolore ou légèrement ambré, très exceptionnellement coloré par la présence d'un peu de sang. Des grumeaux assez peu nombreux, floconneux, d'aspect mucineux, peuvent être constatés sur les liquides recueillis deux ou trois heures après la mort; ils seraient dus à des précipitations de mucine survenant quand le pH tend vers l'acidité (Certains liquides synoviaux pathologiques se prennent en masse dès la ponction; la tendance à l'acidité ionique, au cours du rhumatisme chronique, serait une amorce à précipitations et à formation de corps étrangers).

La densité de la synovie normale oscille de 1008 à 1010 à la température de 20°; le point de congélation moyen est de — 0,369. 2 épanchements puriformes au cours d'un rhumatisme scarlatin et au cours d'une fièvre typhoïde avaient des points de congélation de — 1,26 et — 1,25; il y a donc un écart considérable entre les points de congélation des synovies normales et pathologiques.

La synovie normale ne présente pas de propriétés hémolytiques ou antihémolytiques appréciables; sa viscosité moyenne est de 2,954.

Au point de vue chimique, la teneur en eau de la synovie normale est de 928 à 970 pour 1000, le taux des chlorures oscille entre 6 gr. 08 et 6 gr. 31 pour 1000. (Dans un épanchement puriforme abondant du genou au cours d'une typhoïde, les chlorures étaient de 6 gr. 31 pour 1000). Le taux du phosphore oscille entre 0 gr. 0135 et 0 gr. 0185 pour 1000; le taux des phosphates en P^2O^5, dosé par la méthode de Denigès, entre 0 gr. 05 et 0 gr. 15 par litre ; la chaux entre 0 gr. 119 et 0 gr. 126 pour 1000. Il y a des traces de fer.

Les albumines totales par la méthode diaphanométrique sont de 8 gr. et 10 gr. 50 par litre; par la méthode pondérale, 5 et 11 gr. 08. Il y a 5 gr. 10 à 6 gr. de mucine pour 1000.

Les graisses varient de 0 gr. 309 à 0 gr. 047 par litre. Les sucres réducteurs oscillent de 1 gr. 10 à 1 gr. 45 pour 1000 (dans un cas où l'on a trouvé 4 gr. 60 par litre il est probable qu'il existait un diabète du bœuf examiné).

Le chiffre moyen de l'urée est 0 gr. 24 et celui de l'acide urique, de 0 gr. 01 par litre.

Robert Clément.

JOURNAL DES SCIENCES MEDICALES DE LILLE

M. Boucher. ***3 cas de prurigo-asthme d'origine spécifique héréditaire et leur traitement*** (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, tome L, n° 19, 8 Mai 1932). — B. apporte 3 observations d'enfants de 3 ans 1/2, 18 mois et 19 mois, qui présentaient l'association de manifestations cutanées prurigineuses et de crises d'asthme, les 2 affections présentant des poussées simultanées. Malgré la négativité des séro-réactions de Wassermann chez les parents et dans un cas chez l'enfant, ces

enfants furent suspectés d'hérédo-syphilis et les lésions prurigineuses et les crises d'asthme furent améliorées par l'administration buccale alternée de calomel à la dose de 0 gr. 02 à 0,04 et de narsénol à la dose de 0 gr. 05.

Robert Clément.

LYON MÉDICAL

H. Mollard. ***La méthode des suspensions huileuses et son application à la chrysothérapie de la tuberculose pulmonaire*** (*Lyon Médical*, tome CXLIX, n° 22, 29 Mai 1932). — Sur 60 malades, M. a essayé le solganal B en *suspension huileuse*, à la dose de 20 centigr. dans 2 cmc d'huile d'amande douces pour les 3 premières injections, 30 centigr. pour les 3 suivantes, 40 centigr. jusqu'à la fin de la série qui représente un total variant entre 6 et 12 gr. On fait 3 injections intramusculaires par semaine.

Légèrement douloureuses, et encore inconstamment avec la crisalbine, ces injections sont pratiquement indolores avec le solganal, à la condition d'être faites lentement et dans le relâchement musculaire absolu; les nodosités consécutives sont exceptionnelles.

Un grand nombre de malades qui ne supportaient pas des doses faibles en solutions aqueuses, tolérèrent sans le moindre malaise des doses plus fortes et plus répétées en suspensions huileuses. Certains sujets fragiles atteints de troubles digestifs et d'albuminurie supportèrent, sans la moindre accentuation de leurs symptômes, 3 injections huileuses par semaine. Cependant la méthode n'a pas supprimé tous les incidents mais ils furent moins nombreux qu'avec les solutions aqueuses (39 pour 100 au lieu de 60 pour 100) et d'intensité moindre. Les réactions thermiques furent très rares et insignifiantes, les éruptions furent passagères et localisées; 2 malades cependant présentèrent des phénomènes d'intolérance: troubles intestinaux et troubles thermiques.

Un grand nombre de malades qui avaient résisté à toutes les tentatives de chrysothérapie aqueuse s'améliorèrent le jour où ils reçurent des sels d'or en solution huileuse.

En 1929, la méthode des doses faibles avaient donné des succès radiologiques dans 12 pour 100 des cas; en 1930, des doses plus fortes, toujours en solutions aqueuses, ont provoqué des nettoyages radiologiques dans la proportion de 52 pour 100 des cas. L'usage des suspensions huileuses a permis d'obtenir des modifications plus ou moins marquées des clichés dans la proportion de 60 pour 100 des cas.

En rendant l'absorption du produit plus lente et son élimination plus tardive, la suspension huileuse permettrait aux sels d'or d'exercer une action plus prolongée et en augmentant la tolérance donnerait la possibilité d'injecter des doses plus efficaces.

Robert Clément.

REVUE MEDICALE DE LA FRANCHE-COMTÉ (Besançon)

G. Tisserand. ***Le foyer jurassien de l'échinococcose alvéolaire*** (*Revue Médicale de la Franche-Comté*, tome XXXV, n° 5, 15 Mai 1932). — L'échinococcose alvéolaire est rare en France. 11 cas auraient été publiés jusqu'ici, 5 auraient été observés dans la région franc-comtoise par T. qui en donne ici un résumé succinct. Il s'agissait de 4 femmes et 2 hommes, tous entre 25 et 35 ans; 2 sont morts, les 3 autres encore vivants présentent toujours les signes de l'affection.

Il est probable que d'autres cas ont passé inaperçus; il y a donc intérêt à connaître l'existence de ce foyer d'échinococcose alvéolaire et de songer à dépister cette maladie. Généralement, il s'agit d'un adulte, présentant un ictère plus ou moins prononcé ou se plaignant de lourdeur abdominale. Le foie est gros, dur et souvent de consistance inégale suivant les régions. La première idée qui vient à l'esprit est celle d'un cancer du foie, mais la conservation de l'état général sauf dans la période terminale, la persistance de l'appétit, parfois même exagéré, l'absence d'ascite, font songer à l'échinococcose; on trouve toujours une éosinophilie de 3 à 8 pour 100, une légère diminution des globules rouges et souvent une réaction de Weinberg positive. L'examen radiologique montre un gros foie avec des zones opaques et l'intégrité des voies digestives.

Les divers traitements médicaux et la radiothérapie ont paru inactifs. La chirurgie a pu rendre des services dans un cas; il est permis d'espérer qu'elle sera plus efficace lorsque le diagnostic sera fait précocement.

Robert Clément.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Léo Hess et Josef Faltitschek. ***Le diagnostic des tumeurs des bronches. Contribution à la pathologie du système nerveux viscéral*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXIII, n° 1, 20 Avril 1932). — Les néoformations du médiastin se font au voisinage des gros troncs nerveux de cette région et expliquent les symptômes nerveux qui s'observent en pareil cas, notamment les sensations douloureuses plus ou moins analogues à celles de l'angine de poitrine, l'accélération du pouls, etc. Le spasme de la glotte, les toux paroxystiques, les crises de dyspnée peuvent également relever de mécanismes de ce genre.

Après ces remarques, H. et F. attirent l'attention sur la constipation opiniâtre qui s'observe dans les cas de ce genre et ils donnent 4 observations. Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 47 ans, qui meurt d'un cancer de la bronche primitive du poumon gauche et chez lequel il fut observé, pendant la vie, de la tachycardie avec diminution de la tension du pouls, de la paralysie du récurrent et du phrénique gauche et enfin une altération grave de la motricité du côlon frappant surtout le côlon ascendant. Un repas d'épreuve est encore presque tout entier dans le côlon ascendant au bout de soixante-douze heures et c'est seulement au bout de quatre-vingt-seize heures que le repas arrive en proportions importantes dans l'ampoule bien qu'il en persiste encore des éléments dans le transverse.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme de 55 ans dont l'observation est superposable: constipation opiniâtre puis mort par cancer bronchique. Les troisième et quatrième observations sont tout à fait analogues.

Notons encore parmi les symptômes présentés dans le premier et dans le quatrième cas une pilosité très marquée du tronc et des extrémités ainsi qu'une pigmentation brune de la peau. En outre, dans la première observation, il fut constaté par sondage gastrique qu'il y avait augmentation de l'acidité.

Ces faits sont rapprochés par H. et F. de ce qu'ils ont eu l'occasion d'observer en cas de sclérose multiple, ce qui donne à penser que, dans un cas comme dans l'autre, il doit y avoir à l'origine un trouble fonctionnel nerveux. D'ailleurs, dans ces tumeurs du poumon, on ne saurait songer à une constipation d'origine locale. Il faut donc faire intervenir une paralysie du vague limitée au cæcum ascendant et transverse. On sait d'ailleurs que l'innervation du vague s'étend précisément du cæcum à l'angle splénique. Il faut donc admettre que la suppression des influx nerveux provenant du vague paralyse la progression du contenu intestinal.

P.-E. Morhardt.

H. Magendantz. ***Relations entre la perspiration insensible et le métabolisme chez les sujets sains et malades*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXIII, n° 1, 20 Avril 1932). — Benedict et Root ont montré que la perspiration est une fonction linéaire de la production de chaleur. M. fait remarquer à ce sujet qu'un graphique reproduisant la courbe de la perspiration en gramme-heure, par rapport aux calories produites en vingt-quatre heures, représente une ligne droite dont le point de départ n'est pas zéro. Cela tient à ce que la chaleur éliminée par l'eau de perspiration représente seulement 23,3 pour 100 de la chaleur produite quand les pertes d'eau sont de 20 gr. par heure. Quand les pertes d'eau sont de 50 gr. la proportion de chaleur éliminée par la perspiration s'élève à 31,2 pour 100. Ainsi, au fur et à mesure que le métabolisme s'élève, la perspiration intervient davantage par rapport à la radiation et à la conduction pour éliminer la chaleur produite. La perspiration ne représente donc pas un processus physique simple mais un mécanisme régulateur dans lequel les fonctions nerveuses interviennent. La perspiration régularise en effet l'élimination de la chaleur et le métabolisme de l'eau. Elle est d'ailleurs souvent troublée chez les sujets par la toux, par l'agitation, etc., de sorte que sur 110 malades examinés par M. 97 seulement ont donné des résultats pouvant être discutés.

Pour mesurer les pertes d'eau, M. pèse ses malades deux fois à une heure d'intervalle en ayant soin de peser également chaque fois la couverture et la chemise qui les enveloppent et qui peuvent, en absorbant de l'eau, modifier profondément les résultats.

Sur les 97 malades ainsi examinés qui ne présentaient pas de troubles graves du métabolisme de l'eau (œdème, etc.), on a constaté 70 fois une concordance suffisante (± 10 pour 100) avec les chiffres donnés par la méthode ordinaire.

Dans les 27 autres cas, il s'agissait de malades qui avaient une tendance à transpirer, qui présentaient souvent de la vasolabilité, de la nervosité et de l'anxiété. C'est surtout en cas de Basedow que cet inconvénient se manifeste. Cependant chez un sujet de ce genre chez lequel on irradia la thyroïde, on observa, sous l'influence du traitement, une diminution de la perspiration. En somme, cette méthode donnerait des résultats satisfaisants dans les 2/3 des cas.

Chez les obèses, on a constaté, en général, une concordance. Mais chez deux d'entre eux, cependant, il y avait forte diminution de la perspiration et du métabolisme (27 et 29 pour 100).

La perspiration serait en moyenne de 0,55 gr. par kilogr. et par heure avec variations allant de 0,44 à 0,64. Les sujets maigres présentent des chiffres plus élevés et les sujets gras, des chiffres plus faibles. Les chiffres les plus faibles ont été constatés dans un cas d'obésité myxœdémateuse (0 gr. 20).

Le calcul de la surface du corps n'a pas été fait avec exactitude, mais M. admet que la perspiration s'est élevée à 300 gr. par mq. et par heure.

P.-E. Morhardt.

Stephan Molnar et Anton Leszler. ***Sensibilité à l'adrénaline en cas d'affections cérébrales*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXIII, n° 1, 20 Avril 1932). — En excitant l'encéphale par un courant faradique en arrière des tractus optiques on peut faire apparaître, chez divers animaux, de la mydriase, de l'élargissement de la fente palpébrale et la rétraction de la 3e pau-

pière. En même temps, il apparaît une contraction générale des vaisseaux, de l'hyperglycémie, des sueurs profuses qui doivent être considérées comme des phénomènes d'irritation du sympathique.

En considération de ces faits, M. et L. ont étudié le système sympathique par injections de doses minimes d'adrénaline (0,01 milligr.), chez 25 malades atteints de tumeurs de l'encéphale, pour voir si le centre sympathique réagit normalement ou non. Dans quelques cas, ils ont constaté une irritabilité anormale par excès (2 cas) ou par défaut (7 cas).

Dans chacun de ces deux groupes figure un cas d'acromégalie. De même, des réactions anormales ont été observées en cas de diabète insipide, de parkinsonisme, de dystrophie adiposogénitale.

La glycémie a été également étudiée après injection d'un 1/2 milligr. d'adrénaline et on a constaté qu'elle s'élève parallèlement au sucre du sang dans 5 cas. En somme, il faut admettre que la sensibilité à l'adrénaline est souvent troublée en cas d'affections du cerveau par lésions directes ou indirectes du centre sympathique.

P.-E. Morhardt.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Reiniger. ***La télangiectasie héréditaire hémorragique*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXI, n° 51, 19 Décembre 1931). — R. rappelle les signes de cette curieuse affection, décrite par Osler, et dont il rapporte deux observations typiques: le début se fait par des hémorragies, le plus souvent des épistaxis, augmentant chaque année de fréquence et d'abondance; chez l'une de ses malades, elles apparurent à 20 ans, chez l'autre à 15 ans. Puis, à l'âge moyen de la vie, apparaissent des angiomes se localisant avec prédilection aux territoires cutanés de la tête et à la muqueuse bucco-naso-linguale; mais leurs localisations sont multiples. En cours d'évolution surviennent des hémorragies que suscitent des traumatismes légers, la toux, l'éternuement, etc., ou qui naissent à l'occasion des règles. Ces saignements répétés amènent parfois une anémie pouvant revêtir un type pernicieux. Dans quelques rares observations ont été relatées des hémorragies intestinales, plus fréquemment des hématuries. Peut-être, certaines hématuries à type familial, certaines hémoptysies chez des sujets indemnes de tuberculose, peuvent-elles être rapportées à la maladie d'Osler. Enfin, le caractère familial et héréditaire constitue le trait dominant de l'affection, la transmission de la maladie se faisant par les deux sexes et aux deux sexes. Le traitement doit se borner à lutter contre les hémorragies à l'aide de cautérisations et de tamponnements.

G. Basch.

Wagner-Jauregg. ***Le traitement de la paralysie générale par les courants de haute fréquence à ondes courtes*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXII, Mars 1932). — Le point de départ de ce traitement repose sur l'observation fortuite de l'ingénieur Whitney, de New-York, qui put constater chez lui-même et chez ses collaborateurs, employés dans une puissante station d'émission de T.S.F., l'apparition de fièvre un quart d'heure après la mise en marche de l'appareil. On chercha donc à appliquer aux malades cette nouvelle forme de pyrétothérapie: dès 1919, on montra que des lapins porteurs d'un chancre d'inoculation et soumis à des températures élevées guérissaient sans autre traitement; on démontra également *in vitro* que des cultures de spirochètes portées à 40° perdaient au bout de six heures leur mobilité. En 1929, divers auteurs améliorèrent des paralytiques généraux en les immergeant pendant une à deux heures dans des bains de 43°5, leur température atteignant 41°. On entreprit alors systématiquement le traitement de la paralysie générale à l'aide d'un appareil émetteur de petites ondes, le radiotherme. On atteint en 60 à 80 minutes la température de 40°, puis le malade, entouré de 5 couvertures de laine et protégé de l'évaporation par une toile caoutchoutée, est couché dans un lit garni de bouillottes, ce qui permet de maintenir la température pendant six à sept heures. Au bout de ce temps, on le refroidit assez rapidement, et l'on répète 8 à 10 fois cette cure. Les résultats thérapeutiques ne sont pas jusqu'à présent décisifs, et de nouveaux essais sont en cours. Des tentatives analogues ont été faites à l'aide de la diathermie avec 25 pour 100 d'améliorations.

W.-J., opposant ces résultats douteux à ceux de la malariathérapie, considère que l'élévation de température ne constitue pas le véritable mécanisme intime de la guérison, et en trouve une preuve dans l'amélioration certaine de paralytiques généraux inoculés et ayant présenté un paludisme apyrétique.

G. Basch.

Rocco. ***Traitement des rhumatismes, névralgies et sciatiques par le cutivaccin Paul*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXII, n° 15, 9 Avril 1932). — R. a traité en 2 ans 402 malades à l'aide du cutivaccin Paul, parmi lesquels 214 rhumatismes chroniques, 88 sciatiques, 24 lumbagos, etc. Il a pratiqué à chaque séance 12 scarifications, les séances étant séparées par des intervalles variables mais que R. croit utile de raccourcir. Il a eu d'excellents résultats dans les formes les plus diverses de rhumatisme aigu, subaigu et chronique; il a traité également avec succès les sciatiques et autres névralgies; il a observé une réaction locale papuleuse et une réaction focale dont il convient d'avertir le patient à l'avance. Sur les 402 malades traités, R. rapporte 259 guérisons, 110 améliorations, 33 échecs.

G. Basch.

Jettmar. ***Le problème de la peste en Mandchourie*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXII, n° 19, 7 Mai 1932). — Malgré que la peste soit pour ainsi dire endémique dans les steppes de l'Asie centrale, il est rare que se déchaînent de véritables épidémies, tant du fait du peu de densité de la population qu'en raison des mesures prises par les habitants qui observent vis-à-vis des pesteux des mesures d'isolement rigoureux, fuyant les villages infectés, et brûlant, quand ils le peuvent, les agglomérations suspectes; même quand les cadavres ne sont pas brûlés, ils sont dévorés par des animaux non réceptifs; la vermine succombe au froid rigoureux. Un premier foyer russo-mongolo-chinois est entretenu par les « tarbagan », sorte de marmottes, dont les peaux par millions sont concentrées dans quelques villes, à la fin de la saison de la chasse. Mais outre le tarbagan, un grand nombre de rongeurs qui vivent à son voisinage jouent également un rôle dans la transmission de l'épidémie. Celle-ci se renforce à la saison de la chasse (automne), la transmission étant directe lors du dépouillement des animaux, ou indirecte par les poux et puces. La chasse au piège est à ce point de vue plus dangereuse que la chasse au fusil, les chasseurs expérimentés reconnaissant les animaux malades de loin. Le fait le plus frappant est la transformation de cette peste, d'abord bubonique, en peste pulmonaire, et la conservation du virus pesteux chez des animaux hibernants durant six mois.

Le second foyer est celui de la Mandchourie du Sud et semble être entretenu par les rats qui foisonnent dans les habitations.

La prophylaxie est difficile à établir, étant donné les grandes distances, la difficulté qu'il y a à interdire la chasse au tarbagan dans les régions infectées et à surveiller les peaux.

G. Basch.

Mayerhofer. ***L'angine prodromique de la rougeole*** (*Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXXII, n° 20, 14 Mai 1932). — L'angine constitue un fait assez fréquent, précédant la rougeole soit de 8 à 10 jours (angine précoce), soit de 1 à 3 jours (angine tardive), mais apparaissant en tout cas avant le Koplik et l'exanthème. Il s'agit là d'un phénomène différent du catarrhe des muqueuses, et se présentant sous la forme d'une angine catarrhale, ou lacunaire, ou pultacée. M. a noté parfois de petites tuméfactions du volume d'un grain de sagou, siégeant sur les amygdales, et même à la paroi postérieure du cavum. La fréquence de l'angiome morbilleux varie avec les épidémies. M. cite 12 cas d'angine morbilleuse précoce ou tardive et considère que ce symptôme, précédant en tout cas le catarrhe ou l'éruption, est de quelque valeur pour le diagnostic.

G. Basch.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Wien)

Busson. ***Mise en évidence du bacille de Koch dans le sang grâce à l'inoculation et aux cultures*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 46, 13 Novembre 1931). — Les constatations si troublantes de Löwenstein et de ses collaborateurs suscitent un certain nombre de problèmes du plus haut intérêt: on peut se demander le rôle que jouent les erreurs de technique ou d'interprétation, la signification d'un résultat positif (s'agit-il de bacillémie simple ou de septicémie tuberculeuse), le degré de virulence des microbes ainsi retrouvés, etc.

Pour tenter de résoudre ces questions, B. a procédé comme suit: le sang citraté du patient est réparti en trois fractions de 3 cmc chaque; une d'entre elles est injectée telle quelle dans la cuisse d'un cobaye; les deux autres sont traitées suivant la méthode de Löwenstein et le sédiment en est finalement inoculé; le reste est conservé aux fins d'examen ultérieur. Les animaux inoculés se comportent de façon très différente les uns des autres: certains succombent au bout de cinq à huit mois, et l'on ne retrouve de lésions tuberculeuses à leur autopsie que de façon très malaisée, mais l'intérêt réside dans le comportement différent des animaux d'expérience suivant qu'ils sont inoculés avec le sang total ou avec le sédiment; B. relate deux exemples très démonstratifs dans lesquels les cobayes inoculés avec le sédiment présentèrent plus précocement une adénite satellite et succombèrent plus tôt que ceux qui furent inoculés avec le sang total. Il semblerait donc qu'existent dans le sang des substances immunisantes qui puissent dans certaines conditions émousser la virulence des microbes en circulation.

Mais B. insiste avant tout sur la nécessité qu'il y a, pour pouvoir comparer entre eux les divers résultats, à utiliser des quantités de sang strictement égales les unes aux autres, que l'on procède à des inoculations ou à des cultures. Il critique donc la méthode de Löwenstein, en ce qu'elle comporte d'imprécis à ce point de vue, et il substitue au traitement du sang par l'acide acétique l'addition de saponine qui réalise rapidement une hémolyse complète et permet ainsi de répartir en quantités strictement égales les doses nécessaires à l'expérimentation.

G. Basch.

Beneke. ***Pathogénie de l'atrophie jaune aiguë du foie*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 49, 4 Décembre 1931). — De nombreuses

obscurités entourent encore la pathogénie de l'atrophie jaune aiguë; on sait qu'il s'agit là d'un aboutissant d'un grand nombre d'infections ou d'intoxications, qu'il ne s'agit ni d'atrophie ni d'une véritable nécrose, mais de lésions frappant électivement la cellule hépatique avec intégrité des voies biliaires et du stroma. Dans certains cas enfin, a pu s'observer une tendance à la régénération, ou un processus cicatriciel dans le cas de lésions limitées.

Au lieu d'incriminer l'action immédiate d'un poison endo ou exogène lésant les cellules et charrié par la veine porte, on peut se demander si cette nécrose limitée ne tient pas à une ischémie des branches artérielles, ayant pour résultat de priver d'oxygène des cellules particulièrement avides de ce corps. Quant au spasme prolongé, agent de l'ischémie, il tient sans doute à une excitation anormale soit périphérique, soit centrale.

B. exclut cependant de cette interprétation les cas nettement secondaires à une intoxication (phosphore, arsenic, atophan).

G. Basch.

Reiss. *Du traitement de l'urticaire par le « Propeptan »* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 51, 18 Décembre 1931). — R. rappelle la difficulté qu'il y a à traiter étiologiquement les urticaires et les obstacles auxquels on se heurte lorsque, dans l'urticaire alimentaire, on cherche à préciser l'allergène; il rappelle les importants travaux de l'école française, ainsi que ceux des Anglo-Saxons, en particulier Rawe. La méthode de ce dernier: « Eliminazion-Diät » consiste à soumettre le patient à 4 régimes successifs, chacun d'eux étant appliqué exclusivement pendant une période de huit jours. Si le malade présente, pendant cette période de régime uniforme, une seule poussée urticarienne, on passe au régime suivant et ainsi de suite; si, au contraire, il y a rémission pendant une de ces périodes, on admet que l'allergène incriminé est absent du régime, et on y adjoint successivement des aliments nouveaux, recherchant ainsi par tâtonnement le produit non toléré. On conçoit les difficultés pratiques auxquelles se heurte cette méthode. Aussi R. lui préfère-t-il la pratique, bien connue d'ailleurs, qui consiste à donner au malade quelque temps avant le repas une petite quantité de peptone. Il vante les effets du « Propeptan » qui offre 27 préparations de peptones différentes et relate deux observations d'urticaire alimentaire dans lesquelles il lui fut possible de désensibiliser les malades, l'un aux crustacés à l'aide de peptone appropriée, l'autre à la viande de porc à l'aide de peptone de cet animal.

G. Basch.

Economo. *Existe-t-il dans le système nerveux central un centre de régulation du sommeil?* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLIV, n° 51, 18 Décembre 1931). — De nombreuses théories ont cherché tour à tour à expliquer le mécanisme du sommeil: pour Exner, c'est la rétraction des dendrites des multipolaires qui amène l'interruption de la conscience; Purkinge l'interprète comme un phénomène vasculaire dû à la réplétion sanguine des noyaux gris; ces théories expliquent à la rigueur l'essence du phénomène, mais non pas son retour périodique, et d'ailleurs ce rythme est retrouvé chez les animaux décérébrés et chez les plantes. On a invoqué alors l'accumulation des toxines nées des fatigues de l'état de veille, toxines amenant à la fin une sorte de paralysie; Pierron a montré que l'injection à des chiens normaux de sérum d'animaux insomniques amenait chez eux un sommeil rapide. Ces hypnotoxines se retrouvent dans le sang, dans le liquide céphalo-rachidien et dans le cerveau.

Mais l'encéphalite épidémique vint battre en brèche la théorie biologique et remettre en question l'existence d'un centre du sommeil que E. tenta de localiser dans les parois du 3e ventricule, sous forme de noyaux gris, les antérieurs jouant un rôle dans l'insomnie, les postérieurs dans l'hypersomnie pathologiques, alors que chez l'individu normal le rythme du sommeil naîtrait d'un balancement entre ces deux centres. On peut concevoir que l'accumulation des toxines de fatigue puisse exciter électivement ces centres spéciaux. Cette conception est encore vérifiée par le fait que des tumeurs ou des hémorragies de la région infundibulaire réalisent la même somnolence; Hess, à Zurich, a réalisé l'excitation électrique de cette région chez l'animal et amené un sommeil immédiat. Enfin, on a pu démontrer que les médicaments du genre des barbituriques se localisent électivement au niveau de l'infundibulum.

G. Basch.

Hess. *Œdème pulmonaire unilatéral* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 3, 15 Janvier 1932). — H. relate les protocoles de 20 autopsies au cours desquelles il a pu constater l'unilatéralité de l'infiltration œdémateuse pulmonaire.

Un premier ordre de faits comporte 8 observations concernant des sujets ayant succombé à des lésions pulmonaires et chez lesquels on trouva à l'autopsie l'un des poumons ruisselant de sérosité à la coupe, alors que l'autre, plus ou moins adhérent du fait de pleurite ancienne, ne présenta aucun œdème. La deuxième catégorie de faits concerne des malades chez lesquels on trouva à l'autopsie une infiltration pneumonique d'un des poumons, alors que l'autre était infiltré d'œdème. Les 5 observations de la troisième catégorie, auxquelles s'ajoutent 3 observations de la thèse de Huguenin et une observation de Caussade, Surmont et Lacapère, concernent des cancers d'un poumon, avec œdème de l'autre poumon et des régions saines. Partant de ces faits, H. tend à attribuer l'œdème du poumon non pas à une stase en amont, mais à une hyperémie active qui envahit l'organe de façon graduelle et par territoires successifs; il cite à l'appui de cette opinion les faits d'œdème localisé du sommet ou de la base. Les comptes rendus d'autopsie de cet article semblent confirmer son opinion, puisque, dans toutes les catégories de faits qu'il rapporte, c'est au niveau du poumon non lésé, et dont la fonction est vicariante, que se réalise l'œdème.

G. Basch.

Stein. *Traitement de la gonococcie féminine* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 3, 15 Janvier 1932). — L'infection gonococcique est fréquente chez la fillette, due alors le plus souvent au contact d'objets de toilette souillés. La vulvo-vaginite de la fillette est tenace, amène un intertrigo avec œdème labial et parfois, par contiguïté, un certain degré d'ano-rectite; l'urétrite guérit le plus souvent spontanément, il est rare qu'on soit obligé de pratiquer des instillations de protargol à 2 pour 100. Quant à la vaginite, elle est justiciable d'injections au permanganate, faites avec une sonde molle, ainsi que d'attouchements à l'aide de bâtonnets imprégnés de protargol à 2 pour 100 et de choléval de 2 à 8 pour 100.

Chez la femme, l'infection gonococcique débute toujours également par une urétrite, à différencier des urétrites non blennorragiques, rares, attribuées à la masturbation, à la défloration ou aux produits irritants anticonceptionnels. La présence du gonocoque au niveau de l'urètre se traduit par une rougeur du méat avec œdème et quelques brûlures à la miction; on traitera localement l'urétrite, après disparition des symptômes aigus, par des instillations de protargol de 2 à 5 pour 100. Quant aux petites collections péri-urétrales, on les traitera par un massage doux de l'urètre à travers la paroi antérieure du vagin. La bartholinite aiguë est justiciable de l'incision; l'infection chronique de la glande peut se traiter par l'instillation à travers l'orifice externe d'une solution d'argent colloïdal. La chronicité de l'écoulement entretient les irritations cutanées de la face interne des cuisses et la formation de papillomes que favorise également l'absence de soins de propreté. Ces condylomes sont excisés chirurgicalement, cautérisés au galvano-cautère ou traités par les rayons X.

La métrite chronique se traite habituellement à l'aide d'irrigations chaudes; cependant, certains praticiens leur préfèrent les insufflations de poudres antiseptiques; la cervicite chronique est justiciable de cautérisations extra et même intra-cervicales.

Enfin, S. termine par quelques considérations sur la vaccinothérapie. G. Basch.

Wagner-Jauregg. *Conduite de l'impaludation* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 3, 15 Janvier 1932). — W.-J. réfute les opinions émises par Materna concernant le danger du paludisme d'inoculation et donne les règles suivantes pour la conduite de la maladie provoquée: lorsque l'on veut éviter des poussées fébriles trop violentes, s'il s'agit de malades âgés, ou obèses, à cœur insuffisant, ou présentant des localisations viscérales, on donnera de petites doses de quinine de 1 à 3 centigr. entre les accès. Lorsque l'état du malade est tel que l'on ne puisse atteindre les 8 accès nécessaires à un traitement actif, on prescrit des doses de quinine suffisantes (5 gr. en une semaine) après le 2e ou le 4e accès, on fait un traitement arsenical intensif, puis on réimpalude, cette réinoculation étant habituellement très bien supportée. Par ailleurs on atténue le paludisme en pratiquant l'inoculation par voie intradermique; enfin, il convient de ne pas provoquer chez le malade plus d'accès qu'il n'en peut supporter, le chiffre de 8 étant un maximum. Quant au nombre des parasites, à la dilution du sang inoculé, ils semblent n'avoir aucune influence sur l'intensité des accès. G. Basch.

Pollak. *Recherches sur la pathogénie du diabète sucré* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 9, 26 Février 1932). — Peut-il être question de diabète non pancréatique, sans lésions ni troubles fonctionnels des cellules insulaires? On sait en effet que les lésions pancréatiques sont loin d'être retrouvées constamment à l'autopsie des diabétiques, et les auteurs ont dû invoquer une diminution du nombre ou de la taille des amas insulaires pour expliquer les signes retrouvés sur le vivant; mais par contre l'animal privé des quatre cinquièmes de son pancréas peut ne présenter aucun signe de diabète; P. a posé la question sur un autre terrain, comparant le volume de l'insuline pancréatique chez les diabétiques et chez les non-diabétiques, et le trouvant diminué de plus de la moitié chez les premiers.

Mais l'étude de l'action de l'insuline sur l'assimilation du galactose a ouvert des aperçus nouveaux : chez tous les diabétiques, on observe, après administration de galactose, une augmentation de la teneur du sang en dextrose, importante et durable, ce qui traduit une élaboration anormalement forte de sucre par le foie: l'épreuve de l'ergotamine permet de diviser les sujets en deux catégories, ceux qui sont sensibles à ce médicament et ceux qui y sont réfractaires. Le fait que l'on retrouve chez les diabétiques, comme chez les non-diabétiques, un réflexe glyco-sécréteur de même sens mais plus fort chez les premiers, tend à prouver que, chez les sujets normaux, l'insuline exerce une action frénatrice sur l'excitabilité glyco-formatrice du foie. G. Basch.

Julesz. *Régime cétogène dans l'asthme bronchique* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 9, 26 Février 1932). — J. part des travaux

de Bigwood, qui notant la fréquence de l'alcalose chez les épileptiques, et par analogie avec la tétanie, a tenté le traitement de cette affection à l'aide d'un régime riche en graisses et en viande: en 1928, Barborka, traitant de cette sorte 32 épileptiques, obtint certains succès, et proposa d'étendre au traitement de la migraine cette diététique, traitement logique ainsi que l'ont montré les travaux de R. et S. Weismann-Netter.

J. appliqua ce régime à quelques asthmatiques dont il rapporte brièvement les observations : dans son premier cas, il n'arriva pas à obtenir l'acétonurie; sa patiente fut soulagée de son asthme, mais présenta de l'angine de poitrine. Il eut quelques bons résultats avec trois autres malades.

G. Basch.

Kamniker. ***Causes et traitement de l'incontinence d'urine chez la femme*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 9, 26 Février 1932). — Laissant de côté les faits d'incontinence congénitale par malformation de l'appareil urinaire ou par spina bifida, K. envisage les faits d'incontinence acquise. Une première catégorie relève des troubles du système nerveux : incontinence au cours du tabes, ruptures de la colonne vertébrale, la myélite transverse, etc... D'autres faits concernent les lésions et arrachement du sphincter après déchirure périnéale, la distension urétrale thérapeutique ou par masturbation ou coït urétral. En outre certaines infections et inflammations, au premier rang desquelles se place la colibacillurie, peuvent amener une incontinence temporaire. Un troisième groupe relève de communications anormales de la vessie avec le vagin, post-partum ou après opérations, ou encore au cours d'un cancer, ou par nécrose radiumthérapique. Sous une dernière rubrique enfin se rangent les cas de cystocèle isolé ou associé à un colpocèle.

On conçoit combien est varié le traitement d'une affection dont les causes sont si multiples. J. envisage sans s'y arrêter les différents moyens thérapeutiques étiologiques ou symptomatiques.

G. Basch.

Toprower. ***Traitement de la sciatique par l'élongation chirurgicale du nerf*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 13, 25 Mars 1932). — Billroth, en 1869, a montré le premier les avantages de l'élongation des nerfs dans le traitement des névralgies: sa technique consistait à libérer le nerf de la graisse environnante, à le soulever avec le doigt, puis à le reposer dans sa position première. Cette méthode fut reprise par Nussbaum et d'autres auteurs dans le traitement de la névralgie faciale, des crises du tabes, et aussi de certains cas de rigidité. Mais un mouvement de réaction légitime se manifesta contre l'emploi abusif de la méthode, et il semble bien qu'à l'heure actuelle son unique indication soit la sciatique rebelle, isolée, primitive. T. a appliqué la méthode dans 12 cas de sciatique invétérée; il a observé 11 bons résultats et une seule aggravation. L'âge de ses malades variait de 22 à 47 ans; il s'agissait de mineurs ou de sujets exposés professionnellement au froid ou à l'humidité. T. considère la méthode comme applicable lorsque la maladie dure depuis plus de six mois.

G. Basch.

ZEITSCHRIFT FUR TUBERKULOSE (Leipzig)

Klein. ***De la contamination des élèves par les maîtres tuberculeux*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXIII, n° 1, Décembre 1931). — Le danger de contagion tuberculeuse que représente pour les élèves un maître atteint de lésions ouvertes est diversement apprécié par les auteurs. On conçoit d'ailleurs qu'il y ait désaccord entre des conclusions dont les unes se basent sur l'examen clinique, les autres sur la réaction à la tuberculine, les autres enfin sur l'examen radiologique. Les fonctions de K. l'ont mis à même de se faire une opinion sur cette question; il a procédé de la façon suivante: chaque fois que lui a été signalée la présence d'un maître ou d'une maîtresse d'école atteint de tuberculose pulmonaire ouverte, il a procédé chez tous les élèves de la classe à une épreuve à la tuberculine, à un examen clinique et radioscopique, à des examens de crachats. Il décrit longuement une véritable épidémie de classe succédant à la maladie d'un jeune maître. Les réactions positives à la tuberculine oscillèrent entre 72 et 73 1/2 pour 100; on nota des lésions en activité dans 14,7 à 26,9 pour 100 parmi lesquels les infiltrats pulmonaires récents se retrouvèrent dans 5,9 et 15,8 pour 100. Les conséquences sanitaires et financières de cette épidémie dépassèrent de beaucoup tous les cas déjà décrits jusque-là. Pour obvier à ces accidents navrants, il faut multiplier les examens tendant à déceler la tuberculose chez tous ceux qui sont appelés à vivre auprès des enfants: ainsi seront institués de fréquents examens cliniques et radiologiques obligatoires tous les deux au trois ans au moins.

G. Basch.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

M. Oldfield. ***Un cas d'ulcère d'estomac chez un enfant de 13 ans*** (*The British medical journal*, n° 3722, 7 Mai 1932). — L'ulcère de l'estomac est rare chez l'enfant. Sur 1.596 cas d'ulcère traités à la clinique Mayo, on note un seul cas survenu chez un enfant. Stewart, sur 200 autopsies d'ulcère d'estomac, ne signale que trois cas chez des sujets entre 10 et 20 ans. Il est souvent possible cependant de retrouver par un interrogatoire soigné, chez des ulcéreux, des douleurs et des troubles dyspeptiques caractéristiques, ayant débuté dans l'enfance.

O. rapporte l'histoire d'un garçon de 13 ans qui, après une période de douleurs gastriques intermittentes, eut brusquement une hématémèse abondante. L'examen radioscopique fait ultérieurement montra un petit ulcère de la face postérieure de l'estomac, près de la petite courbure et du pylore. Un traitement médical de trois mois fit disparaître les douleurs et les signes radiologiques.

André Plichet.

Thomas Lewis. ***La syncope vaso-vagale et le mécanisme du sinus carotidien*** (*The Britih medical journal*, n° 3723, 14 Mai 1932). — Sous ce nom, L. décrit une forme de syncope qu'il a rencontrée d'abord chez des jeunes soldats au cœur fatigué, pendant la guerre, mais que l'on voit également chez des sujets en bonne santé apparente.

La cause provocatrice de cette syncope est souvent d'ordre émotionnel: une mauvaise nouvelle, une surprise heureuse, l'appréhension d'un événement, d'un traitement nouveau, d'une prise de sang par exemple. Brusquement le sujet se plaint d'un obscurcissement de la vue, d'un malaise siégeant souvent au creux épigastrique. Puis il s'affale plus qu'il ne tombe, la pâleur est intense, une sueur abondante couvre le visage, le pouls est imperceptible, ralenti, la pression artérielle baisse. Le sujet ne peut répondre aux questions pendant un temps variable, puis petit à petit la conscience reparaît moins rapidement qu'elle n'était disparue.

Cette syncope ne se produit que lorsque le sujet est debout ou assis, jamais lorsqu'il est étendu. La chute n'est jamais brutale, il n'y pas de mouvements toniques ni cloniques, ce qui différencie cette crise de la crise épileptique. Il n'y a ni sensation de rotation, ni sensation de grand vertige, de dérobement du sol, ce qui la différencie du vertige auriculaire. Elle est souvent accompagnée de nausées, parfois de vomissements, de douleurs intestinales. Cette syncope dure de deux à dix minutes et laisse le sujet tremblant et faible, quelquefois avec une forte céphalée. Souvent une émission abondante d'urine termine la crise.

La chute de la pression artérielle indique que cette syncope est d'ordre vaso-moteur, le ralentissement du pouls, les manifestations gastriques sont d'ordre vagal. Le terme de vaso-vagale donné par L. à cette syncope est donc justifié.

La cause de cette syncope serait due à un réflexe partant du sinus carotidien dont on connaît maintenant l'action dépressive sur la pression artérielle, sur le tonus des artères et sur les mouvements respiratoires.

Le terme vaso-vagale a déjà été employé par Gowers. Mais les accidents décrits par cet auteur ne ressemblent en rien à la syncope vaso-vagale de L. C'est une sensation de froid, d'engourdissement des membres, accompagnée d'angoisse, de palpitations qui apparaît surtout chez les femmes. Il n'y a ni perte de connaissance, ni troubles digestifs importants.

La syncope vaso-vagale de L. est également différente du syndrome de Nothnagel connu sous le nom d'angine de poitrine vaso-motrice qui est surtout une crise vaso-constrictive avec élévation de la pression artérielle et accélération du pouls.

André Plichet.

Dill Russel et Sworn. ***La rachianesthésie dans l'occlusion intestinale aiguë*** (*The British medical journal*, n° 3723, 14 Mai 1932). — Les risques de l'anesthésie générale dans l'occlusion intestinale aiguë sont bien connus et ont fait adopter la rachianesthésie à bon nombre de chirurgiens. Avec cette anesthésie, en ayant soin de lutter contre l'hypotension de shock par l'éphédrine, la position de Tredelenburg, on n'a pas à redouter les complications pulmonaires, les vomissements post-opératoires et on obtient un relâchement musculaire qui facilite la tâche du chirurgien.

Mais de plus, la rachianesthésie peut dans certains cas amener rapidement la guérison de l'occlusion sans qu'il soit même nécessaire d'intervenir. Il est probable que l'anesthésie rachidienne inhibe les nerfs sympathiques. La musculature lisse de l'intestin retrouve ses mouvements péristaltiques et ce péristaltisme combiné avec le relâchement des sphincters amène souvent une évacuation importante. Ce drainage par les voies naturelles est heureux, surtout si on est amené à faire une anastomose. En même temps que le péristaltisme s'établit, la distension des parois intestinales disparaît et dans les hernies étranglées, on peut assister à une réduction spontanée. Il ne semble pas que ce péristaltisme amène une rupture de l'intestin dans le cas de gangrène de la paroi. Suivent les observations de 16 cas d'occlusion intestinale aiguë où R. et S. employèrent la rachianesthésie à la percaïne.

André Plichet.

Gilmmann Moorhead. ***Les troubles mentaux de la ménopause et la toxémie bactérienne*** (*The British medical journal*, n° 3724, 21 Mai 1932). — Le rôle des foyers septiques dans les troubles mentaux est très discuté. De même le rôle de la ménopause dans les troubles mentaux qui surviennent chez la femme a été diversement interprété. Classiquement on admet qu'ils sont de cause endocrinienne mais l'existence d'un foyer septique utérin même en l'absence de pertes peut faire envisager la possibilité d'une autre étiologie.

M. rapporte l'observation d'une malade de 50 ans, qui, après une période de règles irrégulières ayant nécessité un curettage, fut atteinte progressivement de troubles mentaux. Ceux-ci au début furent du type dépressif puis se caractérisèrent

ensuite par la perte de la mémoire, de la désorientation et de la stupeur. On fit alors le diagnostic de thrombose cérébrale. Après une période d'amélioration de quelques mois, ces troubles mentaux prirent la forme d'un délire d'auto-accusation et de persécution avec alternance de dépression et d'excitation pour aboutir à une démence pré-sénile. Cet état dura deux ans avec des périodes fébriles. M. l'examina, constata un gros utérus et décida de l'opérer. Il trouva un utérus fibromateux, augmenté de volume, en rétroversion avec un ligament large sclérosé et des ovaires atrophiés.

Trois semaines après l'opération, cette femme, qui était démente, commença à répondre d'une façon sensée aux questions, fut capable de reconnaître sa famille. Cinq mois après l'opération, elle pouvait se promener seule, écrire des lettres, lire des journaux, se comporter comme une personne normale.

Il semble que pendant le processus d'involution de l'utérus, les toxines produites dans cet organe passent dans la circulation et peuvent être la cause de troubles mentaux. André Plichet.

Davidson. ***Le traitement de l'érysipèle par les rayons ultra-violets*** (*The British medical journal*, n° 3724, 21 Mai 1932). — Ce traitement de l'érysipèle, préconisé pour la première fois par Kœnig en 1913, a été repris par D. qui traita 51 cas d'érysipèle par les rayons ultra-violets.

Ce traitement consiste en l'application sur la partie atteinte d'une dose de rayons, une fois et demie à deux fois plus importante que la dose d'érythème. En mettant la lampe à 30 cm., celle-ci ayant été allumée cinq minutes au préalable pour arriver à une intensité constante, une irradiation de deux à trois minutes suffit, généralement, pour déterminer un érythème. Chez l'adulte, D. fait donc des applications de cinq minutes à 30 cm. Chez l'enfant, il a soin de chercher auparavant sur une partie du corps la dose d'érythème. L'irradiation doit porter sur la zone enflammée et sur une marge de 3 cm. de peau saine au delà du bourrelet d'extension. Les yeux sont protégés par des bandelettes de coton. Quand la plaque érysipélateuse ne peut être traitée en une seule fois à cause de son étendue, on répète l'irradiation deux jours après sur la partie non irradiée.

Le traitement n'est pas douloureux. Dans les heures qui suivent, la peau saine, à la périphérie du bourrelet, est le siège d'un érythème et d'un œdème qui ne permettent plus de distinguer le bourrelet d'extension. Sur la plaque érysipélateuse une poussée de minuscules vésicules ou un suintement de sérosité peuvent apparaître. Au bout de quarante-huit heures, l'œdème a généralement disparu, la plaque devient sèche et ridée, la température tombe.

Il semble que ce mode de traitement, employé précocement, abrège la durée de la maladie et permet d'éviter les complications. Il ne présente, d'après D., aucun danger, il est facile à appliquer; il est surtout économique en supprimant les pommades et les pansements.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

S. Dyke. ***Le régime hypersucré dans le traitement du diabète*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5671, 7 Mai 1932). — Malgré que l'insuline soit entrée largement dans la thérapeutique du diabète, l'habitude est restée de donner au diabétique un régime très pauvre en hydrates de carbone, même lorsqu'il reçoit tous les jours une forte dose d'insuline. Cette pratique est cependant malheureuse à de multiples points de vue: elle est désagréable pour le malade, elle favorise l'acidose, elle expose aux accidents d'hypoglycémie. En Amérique et maintenant partiellement en Angleterre, le régime hypersucré est employé de façon de plus en plus fréquente : dans ce régime, des doses de 300 à 350 gr. d'hydrate de carbone par jour sont permises aux diabétiques, avec évidemment une dose d'insuline permettant l'oxydation de cette forte quantité de sucre; cette dose d'insuline est d'ailleurs moindre qu'on pourrait le croire, et le plus souvent deux injections par jour sont suffisantes. On peut injecter 40 unités à la fois sans craindre l'hypoglycémie si on prend la précaution de faire ingérer la plus grande partie de la dose d'hydrate de carbone immédiatement après la piqûre.

Le régime hypersucré a l'avantage de donner au diabétique une alimentation normale, énergétique, permettant une vie normale; de plus, il permet la diminution du taux des matières grasses dans le régime, ce qui non seulement diminue l'acidose, mais encore évite l'hypercholestérinémie, facteur possible d'athérome.

R. Rivoire.

Editorial. ***La fièvre ondulante*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5671, 7 Mai 1932). — La symptomatologie, la bactériologie et l'épidémiologie de la fièvre ondulante sont encore mal connues. Il semble cependant qu'il s'agisse d'une affection très fréquente, puisque le laboratoire central de bactériologie de Copenhague, qui examine systématiquement à ce point de vue tous les sérums de fébricitants expédiés du Danemark, trouve chaque année une proportion de 3,2 pour 100 d'agglutination positive au *b. abortus*, soit un taux plus fort que celui des agglutinations à l'Eberth et aux para réunis. Des travaux récents faits en Ecosse donnent une proportion analogue. La contagion par le lait de vache semble la plus vraisemblable, puisque 35 pour 100 des échantillons de lait vendus dans le commerce, au moins en Ecosse, contiennent du *b abortus* vivant : mais il n'est pas impossible que la contagion par le chien ou le cheval soit plus fréquente encore, tout au moins dans les villes.

R. Rivoire.

H. Cabot. ***Le traitement des infections urinaires par le régime cétogène*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5672, 14 Mai 1932). — Les urines dont le pH est inférieur à 5 étant toujours stériles, plusieurs expérimentateurs ont essayé de traiter les infections urinaires soit par ingestion de substances acidifiantes, soit par un régime cétogène identique à celui utilisé dans le traitement de l'épilepsie. Alors que la méthode d'acidification chimique des urines n'a donné que des résultats incertains, le régime cétogène au contraire a permis des cures remarquables, et le mode de traitement est en train de se généraliser en Amérique, en particulier comme cure préparatoire avant les interventions pour hypertrophie prostatique.

R. Rivoire.

T. Hewer. ***La pression du liquide céphalo-rachidien dans la neuro-syphilis*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5672, 14 Mai 1932). — H. a mesuré la pression intra-rachidienne chez de nombreux malades atteints de neuro-syphilis, et n'a noté que très rarement une hypertension, contrairement aux assertions des traités classiques qui déclarent que cette hypertension est la règle.

L'intérêt pratique de cette étude n'est pas évident. R. Rivoire.

H. Gainsborough. ***Le mal de Bright : unité de la néphrite toxique*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5674, 28 Mai 1932). — La néphrite toxique est une affection caractérisée anatomiquement par des lésions rénales progressives et d'intensité variable, et associées à un tableau clinique qui présente une certaine unité, en dépit de différences dues principalement à l'activité plus ou moins grande du processus destructif.

La néphrose est un syndrome clinique et métabolique qui se superpose à presque tous les cas de néphrite toxique, et qui est d'autant plus intense que la néphrite est plus bénigne, donc d'évolution plus lente.

Tous les cas de néphrite toxique aboutissent à la perte de la fonction rénale et à l'urémie: dans les cas les plus « néphrosiques », l'insuffisance rénale, survient si tardivement que la mort est d'ordinaire plus précoce, se faisant par infection intercurrente. R. Rivoire.

A. Hall. ***L'hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5674, 28 Mai 1932). — H. fait une revue générale de la question des hémorragies méningées spontanées, particulièrement du point de vue pathogénique. Il insiste sur l'importance d'un facteur congénital et familial, et sur l'anévrysme miliaire des artères cérébrales comme lésion déterminante.

Le traitement est également envisagé, sans apporter rien de nouveau sur la question: H. est partisan des ponctions lombaires successives.

R. Rivoire.

I. Hill. ***Irrégularités cardiaques pendant l'anesthésie chloroformique*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5674, 28 Mai 1932). — H. a étudié le fonctionnement du cœur par l'électrocardiographie au cours de la narcose chloroformique. Il a constaté dans 50 pour 100 des cas l'existence de multiples extrasystoles ventriculaires, pouvant dans certains cas être assez nombreuses pour ressembler à la « tachycardie ventriculaire multiple » du chat, qui, on le sait, précède l'apparition de la fibrillation ventriculaire fatale.

Il est probable que la syncope chloroformique est due à l'exagération de ce phénomène cardiaque presque constant. R. Rivoire.

J. Poynton et R. Lightwood. ***Leucémie lymphatique avec infiltration du périoste simulant un rhumatisme aigu*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5675, 4 Juin 1932). — P. et L. rapportent l'observation d'une petite fille ayant présenté des signes de rhumatisme articulaire avec anémie intense et lymphocytose sanguine; la mort survint vers le 30e jour de la maladie, et l'autopsie révéla une infiltration curieuse du périoste des os longs avec réaction médullaire. P. et L. considèrent qu'il s'agissait d'un cas de leucémie lymphatique aleucémique, mais la clinique et l'anatomie pathologique de ce cas rendent beaucoup plus vraisemblable le diagnostic d'agranulocytose, peut-être secondaire à un rhumatisme articulaire aigu.

R. Rivoire.

C. Alport. ***Les foyers septiques, causes de néphrite*** (*The Lancet*, tome CCXXII, n° 5676, 11 Juin 1932). — On connaît le rôle étiologique des amygdalites dans les néphrites aiguës : 85 pour 100 des néphrites aiguës hémorragiques de l'enfant sont dues à des angines, particulièrement aux angines streptococciques; les néphrites de la scarlatine et de la diphtérie rentrent également dans ce groupe.

C. a cherché à démontrer dans cet article qu'un foyer septique amygdalien, sinusal ou dentaire peut être mis en évidence dans la plupart des néphrites aiguës ou chroniques; particulièrement dans les néphrites s'accompagnant d'œdème important. Dans certains cas, l'ablation du foyer septique a déterminé une atténuation des symptômes, tout au moins dans les cas récents. Dans les néphrites anciennes, l'ablation du foyer septique n'a amené aucune amélioration.

R. Rivoire.

THE MEDICAL JOURNAL OF AUSTRALIA (Sydney)

R. Webster. ***Tuberculose occulte de l'amygdale en rapport avec l'adénite cervicale tuberculeuse*** (*The Medical Journal of Australia*, 19e année, tome I, n° 11, 12 Mars 1932). — W. a recherché systématiquement la tuberculose des amygdales, histologiquement sur coupes microscopiques et par inoculation aux cobayes d'une portion de l'amygdale macérée et digérée par l'antiformine.

Dans un premier groupe de 86 enfants de tous âges jusqu'à 14 ans, atteints d'adénite cervicale tuberculeuse, prouvée par l'examen histologique des ganglions, la présence de bacilles de Koch ou la culture du contenu ganglionnaire, 40 fois (46,5 pour 100), les amygdales furent trouvées tuberculeuses histologiquement par inoculation ou par les 2 procédés.

46 paires d'amygdales, enlevées pour simple hypertrophie ou pour toute autre cause que la présence d'adénites tuberculeuses, furent toutes indemnes de tuberculose.

La tuberculose primaire de l'amygdale est si rarement apparente, cliniquement, qu'on peut la mettre en doute; mais la tuberculose occulte, comme le montrent ces intéressantes recherches, est loin d'être exceptionnelle et l'amygdalectomie totale est indiquée dans le traitement des adénites cervicales tuberculeuses. Il paraît illogique, en effet, d'enlever les ganglions du cou et de laisser les amygdales, foyer de l'infection tuberculeuse, menace perpétuelle pour les ganglions restants.

Robert Clément.

ARCHIVOS ARGENTINOS DEL ENFERMEDADES DE LAPARATO DIGESTIVO (Buenos-Aires)

M. Castex et M. Scheingart. ***La chlorémie: ses variations dans les états pathologiques*** (*Archivos Argentinos del enfermedades del aparato digestivo*, tome VII, n° 3, Février-Mars 1932). — C. et S. ont mesuré surtout le taux du chlore dans le plasma sanguin, taux de 3,60 pour 1.000 à l'état normal. Le chlore du liquide céphalo-rachidien varie parallèlement au chlore du plasma. Le chlore tissulaire varie en sens inverse. Le chlore globulaire augmente aux dépens de celui du plasma quand le CO^2 est en excès. Au contraire l'élévation de la réserve alcaline provoque un abaissement de la chlorémie plasmatique.

L'hypochlorémie, fréquente dans les états pathologiques, traduit une rétention de chlore dans les tissus, une migration de l'ion Cl du plasma vers les tissus. La rétention azotée non protéique ne modifie pas la chlorémie; au contraire, l'azotémie l'abaisse. Au stade terminal des néphrites, on observe l'hypochlorémie coexistant avec une faible réserve alcaline.

Dans le diabète, le chlore du plasma et le chlore des globules sont tous deux diminués. Les intoxications d'origine gastro-intestinale, l'occlusion intestinale par exemple, s'accompagnent d'une hypochlorémie notable, comme l'ont observé les auteurs français.

L'hypochlorémie est un symptôme constant dans toutes les intoxications. Elle est due à une atteinte directe des centres du métabolisme chloré, infundibulaires et bulbaires. Ces centres, excités par les toxiques, déclanchent un appel de chlore. C'est sur eux qu'agissent les sérums chlorurés administrés dans les grandes intoxications.

G. d'Heucqueville.

J.-J. Beretervide et L. Herrera. ***Ascite et insuffisance thyroïdienne*** (*Archivos Argentinos del enfermedades del aparato digestivo*, tome VII, n° 3, Février-Mars 1932). — B. et H. rapportent l'observation d'une jeune fille de 28 ans, hypothyroïdienne avérée, chez qui s'installe une ascite libre abondante. Absence de bacilles de Koch dans le liquide. Inoculation au cobaye négative.

En l'absence de tout autre traitement, l'épanchement se résorbe, la diurèse augmente, sous l'influence d'une cure de thyroxine, puis de thyroïdine. L'amélioration ne se poursuit pas quand on cesse le traitement.

D'autres auteurs, Eppinger notamment, avaient déjà signalé l'action bienfaisante de la médication thyroïdienne dans les syndromes hydropigènes.

G. d'Heucqueville.

M.-A. Etcheverry. ***Les acides biliaires. Quelques recherches cliniques et biologiques*** (*Archivos Argentinos del enfermedades del aparato digestivo*, tome VII, n° 3, Février-Mars 1932). — Important travail avec bibliographie sur le dosage des sels biliaires, spécialement dans la bile et le liquide duodénal.

La réaction chimique de Pettenkofer a été modifiée et perfectionnée par Herzfeld et Haemmerli, Ville et Derrien, Inouye et Ito. Elle sert de base à la méthode de dosage de Cuny, et à celle, plus sensible, plus simple, que propose E., inspirée de la technique de Ville et Derrien à la vanille.

Il existe aussi des méthodes physiques : méthodes de Hay, Carnot et Mauban, Lepenhé, Libert, Lecomte de Nouy, Aldritch et Bledsoe, Chabrol et Bénard.

Les acides biliaires sont diminués dans le liquide duodénal en cas de cholécystite calculeuse, augmentés en cas de cholécystite non calculeuse, de stase vésiculaire. G. d'Heucqueville.

REVISTA MEDICA LATINO-AMERICANA (Buenos Aires)

J.-J. Beretervide. ***Les ombres radiologiques arrondies intra-thoraciques*** (*Revista Medica Latino-Americana*, 1931). — Important travail de mise au point de la sémiologie des images arrondies des champs pulmonaires et du médiastin.

Parmi les premières, on distingue:

1° Les images de croissance *expansive*, traduisant la superposition au parenchyme pulmonaire d'un nouveau milieu, une tumeur bénigne ou un kyste. Elles sont homogènes, bien limitées, repoussent les organes voisins, s'agrandissent très lentement. B. étudie spécialement le kyste hydatique pulmonaire, fréquent en Argentine, et le kyste dermoïde.

2° Les images de croissance *destructive*, traduisant l'envahissement du parenchyme pulmonaire et des organes voisins plus ou moins homogènes; elles ont des limites floues, sauf au niveau des scissures; elles perforent la plèvre, détruisent les organes médiastinaux; leur évolution est rapide, sans rémission. B. décrit le carcinome lobaire, siégeant d'ordinaire au lobe supérieur droit, le carcinome nodulaire, les sarcomes, les réactions inflammatoires secondaires.

3° Les images de *processus exsudatifs*, caractérisées par leur évolution capricieuse: cortico-pleurite, pleurésie interlobaire, embolies septiques sous-corticales, abcès pulmonaires, lobite tuberculeuse, syphilis pulmonaire.

Reprenant une classification analogue pour les images médiastinales, B. donne les caractères des tumeurs ganglionnaires, notamment du lymphosarcome, très sensible à la radiothérapie; des chondromes, fibromes, lipomes, névromes médiastinaux; de la tuberculose des ganglions médiastinaux; des kystes, des anévrysmes, des abcès et du cancer œsophagien. G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

H. Cole. ***Eczéma ou dermite : le problème de l'hypersensibilité*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 18, 30 Avril 1932). — C. étudie le problème étiologique de l'eczéma; il montre que le problème de l'allergie cutanée est encore si peu résolu que les limites mêmes de son domaine ne sont pas encore nettement fixées: faut-il comprendre dans l'eczéma les dermites de causes externes, ou réserver ce terme, comme le fait Sabouraud, pour les lésions de spongiose dermique de cause inconnue?

Le diagnostic étiologique des dermites eczématiformes a cependant progressé de façon sensible depuis l'introduction en clinique des tests cutanés: intradermo-réaction, réaction de Prausnitz-Kustner, test épidermique de Bloch. Mais le problème se complique du fait de la polyallergie: les eczémateux, comme les asthmatiques ou les urticariens, sont, en effet, le plus souvent hypersensibles à plusieurs antigènes, et non à un seul; du fait de la diversité infinie des substances capables de déterminer de l'hypersensibilité, il n'est pas facile d'arriver ainsi bien souvent à la connaissance complète des réactions allergiques du malade; d'autant plus qu'il est très fréquent de voir survenir une susceptibilité acquise, pour une substance autrefois indifférente.

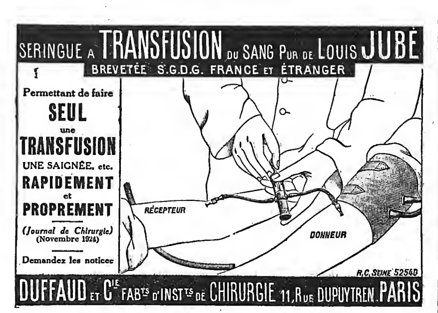
C. étudie ensuite la question du traitement de l'eczéma: mais il ne semble connaître que les méthodes locales, symptomatiques de thérapeutique, et passe entièrement sous silence la question si importante de la désensibilisation.

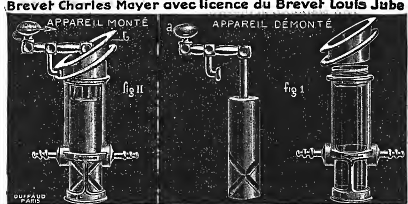
R. Rivoire.

G. Harrop, A. Weinstein et A. Marlow. ***Traitement de la maladie d'Addison par l'hormone cortico-surrénale de Swingle et Pfiffner*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 18, 30 Avril 1932). — Depuis 1930, H., W. et M. ont eu l'occasion de traiter 8 malades atteints de maladie d'Addison par l'hormone cortico-surrénale. 4 de ces malades sont morts, après avoir cependant été améliorés par les injections; les 4 autres sont encore en vie et mènent une existence presque normale. Ces résultats concordent assez bien avec ceux rapportés par d'autres auteurs, et montrent que l'hormone cortico-surrénale ne peut être comparée exactement à l'insuline par son action thérapeutique. Il faut dire d'ailleurs que la mort des addisoniens est souvent due à l'évolution progressive du processus tuberculeux plutôt qu'à l'insuffisance surrénale elle-même. D'ailleurs l'expérimentation sur l'animal décapsulé a montré à Harrop qu'il se produit une sorte d'accoutumance à l'hormone, la dose d'extrait nécessaire pour maintenir en vie l'animal dépourvu de surrénales augmentant assez sensiblement au bout de quelques mois. Il ne faut donc pas probablement mettre un espoir trop grand dans l'opothérapie corticale pour le traitement de la maladie d'Addison.

R. Rivoire.

A. Crawford. ***Le traitement des méningites purulentes par les injections intracarotidiennes; expériences avec la solution iodée de Pregl; nouvelle communication*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 18, 30 Avril 1932). — Dans deux articles précédents C. avait présenté une méthode nouvelle de traitement des méningites purulentes par injection dans les carotides de sérum thérapeutique associé ou non à des substances antiseptiques (trypaflavine,


SERINGUE A TRANSFUSION DU SANG PUR DE LOUIS JUBÉ
BREVETÉE S.G.D.G. FRANCE ET ÉTRANGER
Permettant de faire
SEUL
une
TRANSFUSION
UNE SAIGNÉE, etc.
RAPIDEMENT
et
PROPREMENT
(Journal de Chirurgie)
(Novembre 1924)
Demandez les notices
RÉCEPTEUR
DONNEUR
R.C. SEINE 52540
DUFFAUD ET Cie FABts D'INSTts DE CHIRURGIE 11, RUE DUPUYTREN PARIS


EVACUATEUR du DOCTEUR Charles MAYER
à mouvement rotatif continu
Brevet Charles Mayer avec licence du Brevet Louis Jube
APPAREIL MONTÉ
APPAREIL DÉMONTÉ
fig II
fig 1
DUFFAUD PARIS
Contenance : 5 c.c. débit 1 litre en 10 minutes
DUFFAUD & Cie FABts D'INSTts DE CHIRURGIE 11 RUE DUPUYTREN PARIS

optochine, solution de Pregl). Les résultats de cette méthode (qui a l'avantage d'amener directement dans l'encéphale les substances anti-infectieuses) ayant été encourageants, C. lui-même, et quelques autres chirurgiens, ont essayé cette thérapeutique avec une échelle un peu plus large: en tout 31 cas de méningites purulentes (méningite méningococcique cloisonnée, méningite à staphylocoques, méningite à streptocoques) ont été traités ainsi. 6 d'entre eux étaient des méningites à méningocoques que n'avait pu améliorer le traitement médical ordinaire: 4 guérirent. Les 25 autres étaient des méningites purulentes à pyogènes ordinaires, parmi lesquelles 6 seulement guérirent.

R. Rivoire.

J. Blum. ***Le facteur âge dans l'immunisation active des enfants contre la diphtérie*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 19, 7 Mai 1932). — B. a observé que l'injection d'anatoxine aux enfants au-dessous d'un an ne produisait qu'assez rarement l'immunité: cela est dû probablement à l'existence chez les nourrisons d'une immunité transitoire, sans doute transmise par la mère, qui empêche l'action immunisante de l'anatoxine. Cette immunité héréditaire disparaissant assez précocement, il en résulte que les enfants vaccinés avant un an se comportent dans 50 pour 100 des cas comme des enfants non vaccinés, et présentent rapidement une réaction de Schick positive.

B. insiste sur l'importance d'une réaction de Schick un an après la vaccination, lorsque les enfants ont été vaccinés précocement. En cas de Schick positif, une nouvelle immunisation doit être faite.

R. Rivoire.

C. Stealey. ***Un cas de polyglobulie traitée par le chlorhydrate de phénylhydrazine depuis sept ans et demi*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 20, 14 Mai 1932). — S. rapporte l'observation d'un patient atteint de maladie de Vaquez qu'il traite depuis sept ans et demi par le chlorhydrate de phénylhydrazine à petites doses discontinues.

Pendant ce traitement, le chiffre des globules rouges a toujours été maintenu dans des limites subnormales. La dose de phénylhydrazine nécessaire pour l'hémolyse n'a pas augmenté, de sorte qu'on peut affirmer qu'il n'y a pas d'accoutumance de l'organisme à la drogue. Malgré cette intoxication prolongée par la phénylhydrazine, le malade n'a jamais présenté aucune complication; son foie et ses reins paraissent en parfait état de fonctionnement.

Cette observation est d'un grand intérêt, à l'heure où le traitement par la phénylhydrazine est si décrié en France. La différence observée entre les résultats américains et français résulte très probablement de l'absence dans notre pays d'une spécialité pharmaceutique permettant l'administration de chlorhydrate de phénylhydrazine pur et stable.

R. Rivoire.

L. Claiborn. Le test ophtalmique de la sensibilisation au sérum de cheval (*The Journal of the American médical association*, tome XCVIII, n° 20, 14 Mai 1932). — Les méthodes destinées à dépister la sensibilisation au sérum équin n'ont pas jusqu'à présent une valeur pratique incontestable: la méthode la plus employée, l'intradermo-réaction, ne donne en particulier de résultats intéressants que dans un petit nombre de cas. La méthode de l'opthalmo-test consiste à instiller dans l'œil du sujet une goutte de sérum de cheval, qui détermine une forte injection conjonctivale en cas de réaction positive, quinze minutes après la manœuvre. C. a comparé la valeur de ces deux méthodes pour dépister l'hypersensibilité au sérum de cheval : il semble que l'ophtalmo-test, quoique beaucoup plus rarement positif que l'intradermo-réaction, ait une valeur pratique plus grande. Dans deux cas cependant, une réaction immédiate violente suivit l'injection de sérum antitétanique chez des sujets présentant un opthalmo-test négatif.

R. Rivoire.

L. Meuville et J. Ané. ***Procédé pour rendre visibles aux rayons X les ganglions lymphatiques chez l'animal : communication préliminaire*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 21, 21 Mai 1932). — M. et A. ont réussi à rendre opaques aux rayons X les ganglions lymphatiques du rat et du chien par injection d'une solution de dioxyde de thorium dans les gaines vasculaires du territoire lymphatique exploré. Des expériences sur l'homme sont en cours, qui semblent aboutir aux mêmes résultats. Les injections de thorium sont bien tolérées, ne déterminant aucune réaction de quelque nature que ce soit.

Si cette méthode est susceptible d'être appliquée à l'homme, il ne fait pas de doute qu'elle peut être d'un grand intérêt clinique, en particulier pour le diagnostic des métastases ganglionnaires néoplasiques.

R. Rivoire.

M. Peet et E. Kahn. ***Les hématomes sous-duraux chez l'enfant*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 22, 28 Mai 1932). — L'hématome sous-dural de l'enfant simule de façon extrême l'hydrocéphalie : cependant il s'en distingue cliniquement par l'expression de la face, qui est beaucoup plus vive et alerte que dans l'hydrocéphalie. Le diagnostic est fait par la ponction des fontanelles, qui ramène du sang ou du liquide sanglant. L'étiologie des hématomes sous-duraux de l'enfant est encore mal connue: il est probable que le traumatisme est un facteur important, mais que l'alimentation et le manque de soins jouent également un rôle, car cette affection s'observe presque uniquement chez les enfants des hospices. Le traitement chirurgical, bien que donnant une mortalité élevée, peut dans certains cas amener la guérison complète.

R. Rivoire.

B. Rappaport, T. Nelson et W. Welker. ***Résultats de la filtration de l'air dans le traitement du rhume et de l'asthme des foins*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 22, 28 Mai 1932). — Depuis plusieurs années les Américains essayent de soulager les malades atteints de rhume des foins ou d'asthme pollénique en les faisant vivre la nuit dans une chambre contenant de l'air filtré, débarrassé de toute trace de pollen. Il existe à l'heure actuelle des appareils faciles à installer au lit du malade, qui ne nécessitent pas une fermeture hermétique de toutes les ouvertures de la pièce, car ils débitent suffisamment d'air pour déterminer à l'intérieur de la pièce une pression positive qui empêche l'entrée de l'air contaminé. Ces appareils ont été essayés par R., N., W., qui ont vu le rhume des foins soulagé en quelques heures par le séjour dans l'atmosphère purifiée : par contre, l'asthme du foin est souvent beaucoup plus tenace, quelquefois même il n'est que légèrement amélioré par cette méthode.

R. Rivoire.

G. Cowgill et W. Anderson. ***Action laxative du son de blé et du son lavé chez l'homme sain : étude comparative*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 22, 28 Mai 1932). — C. et A. ont vérifié l'action laxative du son, et ont étudié de façon précise si le son hydrolysé pour le débarrasser de sa phytine avait autant d'action que le son brut. L'action laxative de ces deux produits s'étant montrée identique, les auteurs en concluent que le son agit par sa cellulose, qui augmente le volume du bol fécal : un minimum journalier de fibres cellulosiques est indispensable pour le bon fonctionnement de l'intestin, et ce minimum est rarement ingéré par les populations urbaines, surtout en Amérique.

R. Rivoire.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE
(Varsovie)

B. Karbowski. ***Remarques au sujet du traitement des tumeurs de l'hypophyse par le radium*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome IX, n° 8. du 25 Février 1932; n° 9, du 3 Mars 1932; n° 10, du 10 Mars 1932; n° 11, du 17 Mars 1932). — K. rapporte les résultats observés par lui dans le traitement des tumeurs de l'hypophyse par le radium.

Il relate les détails de 12 observations sur 14 cas qui se trouvaient sous son contrôle de un à quatre ans. Dans tous les cas les irradiations par les rayons X ont été marquées par un insuccès complet.

La technique thérapeutique suivie par K. comportait une préparation préalable par l'opération transseptale de Hirsch. Les malades recevaient ensuite dans les sinus sphénoïdaux réunis en une seule cavité 10 à 20 milligr. de radium filtré pour une durée variant de 48 à 72 heures.

Dans l'ensemble, le traitement équivaut approximativement de 60 à 120 millicuriesheures.

Les suites sont relativement simples et se prolongent pendant trois à quatre semaines. L'effet du traitement se manifeste au bout de quelques semaines. On note particulièrement que les troubles de la vision régressent dans 33,3 pour 100 des cas.

Cette méthode bénéficierait d'une observation sur une échelle plus large pour préciser les indications exactes et déterminer les conditions les plus favorables pour retirer le maximum de bénéfices.

Fribourg-Blanc.

M. Plonskier. ***Recherches expérimentales sur les agents végétaux provoquant des tumeurs malignes chez les rats*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome IX, n° 16, 21 Avril 1932). — P. prépare des filtrats de jus de tomates dans du sérum physiologique qu'il injecte aux rats par la voie sous-cutanée et intrapéritonéale. Deux mois après, deux animaux de la dernière série présentent sur le péritoine et à la surface de la rate et du foie de petites tumeurs arrondies de coloration blanche et rouge. Un des animaux avait des métastases pulmonaires et ganglionnaires dans la région du cou.

Histologiquement, les tumeurs ont des caractères atypiques avec de nombreuses figures de kariokynèse. Les cellules ont les dimensions de grands lymphos. La substance intercellulaire est peu abondante. Par endroits, il existe de grandes cellules avec un noyau unique très volumineux ou plusieurs petits.

Fribourg-Blanc.

REVUE DES JOURNAUX

LYON CHIRURGICAL

Brandao Filho (Rio de Janeiro). ***Du rôle du sympathique dans la pathogénie des œdèmes*** (*Lyon Chirurgical*, tome XXIX, n° 4, Juillet-Août 1932). — Une négresse de 25 ans, ayant depuis dix mois, sans cause établie, un œdème de la main et de l'avant-bras gauches, avec douleurs violentes localisées aux os par la maladie, est traitée d'abord le 26 Février 1931, par la sympathectomie péri-humérale. Après quelques jours de très grande amélioration, l'œdème douloureux se reproduit, et, le 18 Avril suivant, B. fait à gauche, l'ablation du ganglion étoilé et du second rameau dorsal. Cette ganglio-sympathectomie basse est suivie d'une guérison apparente encore constatée le 3 Juin, mais déjà suivie, le 21 Septembre, de la réapparition de l'œdème et des douleurs à la main. Le 7 Novembre, après avoir établi par une observation de six semaines que l'œdème était définitivement limité à la main et respectait désormais l'avant-bras, B. enlève la partie haute restante du sympathique cervical gauche. Au bout de cinq heures, diminution de moitié, et, au septième jour disparition complète de l'œdème, avec liberté des mouvements des doigts et du poignet; guérison qui persiste encore trois mois plus tard, le 7 Février 1932.

B. rappelle et compare une observation antérieure communiquée en 1928 à la Société de Chirurgie par Leriche qui donnait d'un œdème semblable et de sa guérison, il est vrai momentanée, une explication basée sur l'action vaso-motrice du sympathique. Il donne de ces œdèmes et de leur disparition après sympathectomie, une autre explication pathogénique que nous croyons pouvoir condenser ainsi: l'œdème résulte évidemment de l'action du sympathique, mais pas de son action vaso-dilatatrice dont il est indépendant. Le système neuro-végétatif a une action œdématogénique autonome, par intervention directe sur l'endothélium vasculaire. C'est une action purement vaso-sécrétoire qui, comme l'action vaso-motrice, est sous la dépendance de deux voies réflexes, l'une courte, l'autre longue, dont les relations sont établies par le résultat clinique des deux ganglio-sympathectomies successives.

La première, l'ablation du ganglion étoilé et du second rameau dorsal, en supprimant les voies de l'excitation morbide du long réflexe, a libéré l'appareil mural périphérique ainsi redevenu capable de rendre à leur régime normal les espaces lymphatiques ou lacunaires; elle a ainsi déterminé la disparition rapide de l'œdème et des douleurs. Mais cette action n'a été définitive que pour l'avant-bras, et la réapparition de l'œdème et des douleurs à la main seule, a montré la distribution segmentaire de l'action de la chaîne cervicale et la nécessité de l'ablation de sa partie haute restante pour libérer le territoire encore placé sous son influence. Le succès de cette seconde ganglio-sympathectomie a justifié les conceptions pathogéniques qui ont servi de base à ces multiples interventions.

P. Grisel.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle).

Hans Molitor et **Ernst P. Pick**. ***La signification de l'eau tissulaire pour expliquer les effets de médicaments qui agissent sur la diurèse*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 18, 30 Avril 1932). — M. et P. ont étudié l'action des diurétiques suivant qu'ils sont ou non administrés en même temps que de l'eau. Leurs expériences ont porté sur des lapins et sur des chiens. Ils ont constaté ainsi que divers diurétiques tels que la caféine, la théophylline, le salyrgan, la novurite peuvent augmenter jusqu'à quinze fois le volume de la diurèse spontanée. Par contre, si, en même temps que le diurétique, on administre de l'eau, on n'obtient généralement pas une diurèse beaucoup plus importante que celle qui serait survenue dans ces conditions sans diurétique. Il semble donc que l'action du médicament soit moins énergique dans un cas que dans l'autre.

Ainsi, il faudrait distinguer très nettement l'augmentation de volume de l'urine qui résulte d'un enrichissement de l'organisme en eau, de la diurèse provoquée par un diurétique. Après administration orale, l'eau est soumise à des mécanismes régulateurs différents de ceux qui provoquent l'œdème. Dans les cas pathologiques cependant, l'avidité des tissus pour l'eau peut être augmentée et alors l'ingestion d'eau tend à provoquer de l'œdème.

La théophylline et la caféine favorisent l'élimination d'eau d'une façon immédiate. L'administration d'eau est suivie d'une diurèse qui n'atteint son maximum que plus tardivement. Dans le premier cas les reins sont excités par des purines. Mais en outre, ces deux substances agissent sur l'eau tissulaire. Avec le salyrgan et la novurite on constate une diurèse à peu près identique qu'on ait ou non administré de l'eau.

En somme, la diurèse provoquée par l'administration d'eau doit être très nettement distinguée aussi bien de celle qui est déterminée par les diurétiques que de la diurèse spontanée. Le fait qu'un médicament agisse sur la diurèse consécutive à l'administration d'eau ne permet pas d'apprécier les effets des diurétiques à action extra-rénale. L'action de ces médicaments ne peut être appréciée que sur la diurèse spontanée.

P.-E. Morhardt.

H. v. Meyenburg et **P. Robert**. ***Cirrhose hépatique, sa fréquence et son étiologie*** (*Schweizerische Medezinische Wochenschrift*, t. LXII, n° 23, 4 Juin 1932). — Entre le 1er Février 1930 et le 31 Janvier 1931, il a été constaté à l'Institut pathologique de Zurich, 131 cas de cirrhose sur 1.291 autopsies. Ce chiffre donne une proportion de 10,15 pour 100, proportion qui s'élève à 12,56 pour 100 si on ne considère que les adultes. Ce chiffre est le plus élevé de tous ceux qui ont été constatés jusqu'ici dans les divers pays. Par ailleurs, le diagnostic de cirrhose n'a pas été fait cliniquement chez tous les malades présentant des lésions anatomiques de cirrhose.

Au point de vue anatomique, M. et R. font remarquer qu'on ne sait pas pourquoi les foies cirrhotiques ont un poids tantôt normal, tantôt supérieur ou inférieur à la normale. D'une manière générale, ils admettent qu'on ne peut donner, de ces affections, qu'une définition descriptive. La forme la plus fréquente a été la cirrhose de Laennec (90 pour 100). Les cirrhoses biliaires se sont élevées au nombre de 5, les cirrhoses mixtes au nombre de 6 et les cirrhoses de forme exceptionnelle au nombre de 2. Le diagnostic macroscopique a pu être fait dans 54 pour 100 des cas. Sur 127 cirrhoses d'adulte, il y a eu 91 hommes et 36 femmes. La mort est survenue en général entre 50 et 70 ans, mais surtout après 60 ans.

La cause de la mort a été la cirrhose elle-même dans 22 cas, dans 24 cas, il y avait association avec un cancer, dans 19 cas, il y avait troubles circulatoires, dans 11 cas une affection aiguë et dans 8 cas, une tuberculose pulmonaire.

M. et R. se sont occupés du rôle du cuivre. Ils font remarquer à ce point de vue que les vignerons ne paraissent pas très nombreux parmi les cirrhotiques. D'autre part, il a été dosé le cuivre de 24 foies non cirrhotiques et de 61 foies atteints de cirrhose de Laennec. Parmi les premiers figurent des foies de 13 nouveau-nés avec des chiffres élevés de cuivre (119 à 231 milligr.). Parmi les foies d'adultes, le cuivre a varié de 3,9 à 91 milligr. avec 25 milligr. comme moyenne. Dans la cirrhose, les chiffres varient davantage. Ils vont de 0 à 511 milligr. avec une moyenne de 47,56 nettement plus élevée que dans l'autre série. Cependant, d'après M. et R., on ne saurait voir dans cette différence un argument en faveur de la conception qui fait jouer un rôle au cuivre dans l'étiologie des cirrhoses. En effet, c'est dans les formes récentes de cirrhose que ce métal atteint les chiffres relativement les plus faibles, c'est-à-dire à des périodes de la maladie où, s'il jouait un rôle étiologique, le métal devait être, au contraire, le plus abondant.

D'autre part, dans les formes atrophiques, on trouve beaucoup moins de cuivre que dans les formes hypertrophiques : 79 contre 223 milligr. Dans 3 cas de cirrhose pigmentaire marquée, le cuivre a été au contraire peu abondant (4,5 à 13,1 milligr.).

P.-E. Morhardt.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Mexico)

P. Morawitz. ***Diagnostic précoce de la cirrhose hépatique*** (*Klinische Wochenschrift*, t. XI, n° 15, 9 Avril 1932). — Les symptômes du début de la cirrhose sont peu caractéristiques. Le plus souvent, il s'agit de symptômes vagues : troubles gastro-intestinaux, plus spécialement de météorisme et parfois d'hématémèses. La présence d'urobiline dans les urines ou la constatation de varices œsophagiennes aux rayons Rœntgen est importante. Par contre, la laparoscopie ne peut servir qu'à distinguer les tumeurs de la cirrhose. L'augmentation de la bilirubine n'est pas constante. L'épreuve de la papule d'histamine selon Klein donne de bons résultats, car elle est souvent positive pour une teneur de 1,6 à 2 de bilirubine dans le sérum.

Parmi les épreuves, celle de la galactose est inutilisable en matière de cirrhose. Par contre, l'épreuve combinée de l'insuline, du glucose et de l'eau est utilisée systématiquement par M. et M. On procède à cette épreuve en administrant aux malades d'abord 20 unités d'insuline puis, 20 minutes plus tard, 50 gr. de glucose dans 500 cmc d'eau et enfin un litre d'eau. Chez 15 sujets normaux, on a constaté qu'une demi-heure après l'injection de glucose, la glycémie atteignait au maximum 140 milligr. pour 100 gr. puis s'abaissait à 80 milligr., c'est-à-dire de 20 pour 100 au-dessus de la courbe initiale. Chez les hépatiques, on constata que la différence entre le point de départ et la période d'hypoglycémie dépasse 20 pour 100. Dans 11 cas de cirrhose débutante, cette différence s'est en effet élevée à 70.

Au point de vue du métabolisme des protéines, M. et M. ont étudié l'épreuve de la gélatine et de l'eau. Pour cela, ils administrent après trois jours d'un régime pauvre en albumine, un litre d'eau la veille au soir puis, le lendemain matin, 50 gr. de gélatine dans 1/2 litre d'eau et font boire encore 1/2 litre d'eau. Normalement, la proportion des amino-acides augmente peu. Par contre, dans 7 cas sur 10 de cirrhose débutante, l'augmentation des acides aminés a atteint près de 100 pour 100 dans les 8 ou 12 premières heures.

Au total, la première de ces deux épreuves donne apparemment des résultats plus sûrs, bien qu'elle ne semble pas absolument spécifique et bien que son mécanisme soit encore difficile à expliquer. La seconde épreuve exige que l'élimination d'eau soit normale et ne donne pas de résultats positifs dans tous les cas. Enfin, les deux épreuves ne peuvent guère être employées qu'à l'hôpital ou dans une clinique.

P.-E. Morhardt.

Richard Seyderhelm. ***Un principe sanguin antianémique activable par l'irradiation ultraviolette*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 15, 9 Avril 1932). — S. a fait construire un tube de quartz en spirale dont les deux extrémités sont respectivement introduites dans la jugulaire et dans la carotide et qui lui permet d'irradier le sang d'un chien par les rayons ultraviolets. Il ne détermine ainsi aucune modification de l'hémoglobine ou des érythrocytes.

Par contre, l'injection, dans la veine fémorale, d'une solution de 0,2 pour 100 de saponine fait apparaître de l'anémie. Le nombre des érythrocytes passe de 7,35 à 4,4 millions. Mais si cette injection de saponine est pratiquée pendant que le sang du chien est irradié, l'anémie n'apparaît pas. Le sang irradié *in vitro* se montre capable également de guérir en 15 ou 30 minutes, l'anémie due à la saponine et de prévenir les effets d'une injection ultérieure de saponine. Le sang ainsi traité ne posséderait pas seulement un pouvoir détoxiquant à l'égard de la saponine, mais en réalité, stimulerait la moelle osseuse pour lui permettre de remplacer les hématies détruites par le poison. En effet, on constate que quand le sang de l'animal intoxiqué est irradié, il apparaît des hématies tout à fait normales.

Des recherches complémentaires ont eu pour but de trouver la substance qui est activée par les rayons ultraviolets. Cette substance ne se trouve pas dans le sérum, mais dans le stroma des érythrocytes. En débarrassant ces cellules de leurs albumines et d'autres substances pyrétogènes, S, est arrivé à obtenir une préparation tout à fait limpide qui a les mêmes effets antianémiques que du sang total irradié.

S. a poursuivi ses recherches chez l'homme en administrant tout d'abord du sang défibriné et irradié. Il a constaté, sous cette influence, une augmentation des réticulocytes qu'il a observée également après injection du produit purifié (cytagénine). Cette augmentation est au minimum dans le carcinome, dans les états septiques chroniques, dans la tuberculose avancée et dans l'anémie pernicieuse. Par contre, dans les états d'anémie hypochromique, les résultats se font nettement sentir au bout de quelques injections. En même temps, il y a relèvement de l'état général. S. reconnaît que ses recherches cliniques sont encore peu étendues.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Norbert Henning et **Leo Norpoth.** ***La sécrétion gastrique pendant le sommeil*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n°s 5-6, 21 Mars 1932). — H. et N. ont étudié la sécrétion gastrique pendant le sommeil en introduisant une sonde duodénale très fine par les narines. Le contenu gastrique était prélevé toutes les heures jusqu'au lendemain matin, en prenant soin que le malade ne s'éveille pas. Ces recherches ont été poursuivies surtout chez des sujets atteints d'affections gastriques. On a constaté en général, un repos complet au point de vue sécréteur, car on ne récolte que quelques centimètres cubes d'un liquide anacide. Dans quelques cas, on trouve encore, vers 20 heures, c'est-à-dire 3 à 4 heures après le dernier repas, un suc un peu acide qui disparaît en 2 ou 3 heures. Il s'agirait des effets terminaux du dernier repas.

Aussitôt après le réveil, on observe la « sécrétion de l'éveil » caractérisée par une acidité moyenne. Dans quelques cas, cependant, la production d'acide chlorhydrique n'apparaît que lorsqu'on présente au sujet un déjeuner constituant un excitant psychique.

Dans un certain nombre de cas, la sécrétion nocturne a eu des caractères tout à fait différents. Dès le début, l'acidité s'est montrée anormalement élevée et, au lieu de diminuer, elle a persisté à la même hauteur donnant ainsi lieu à une courbe assez nettement horizontale, mais présentant cependant quelques inflexions déterminées par le réflexe duodénal comme la teinte du suc recueilli en témoignait. Il s'agirait bien là d'un trouble fonctionnel auquel s'applique l'expression de gastrosuccorrhée. Dans les cas où ce trouble de la sécrétion a été observé, il s'agissait exclusivement d'ulcères duodénaux certains.

P.-E. Monnardt.

Wilhelm Heupke. ***Les effets des épices sur la sécrétion gastrique*** (*Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, tome CLXXII, n°s 5-6, 21 Mars 1932). — Pour étudier les effets des épices sur la sécrétion gastrique, H. les a administrés au moyen d'une sonde gastrique, dissous ou en suspension dans 300 cmc. d'une solution salée physiologique. Une première épreuve a consisté à établir la courbe de la sécrétion gastrique sous l'influence d'abord simplement de la solution salée, puis ultérieurement, au cours d'une nouvelle épreuve, de la solution épicée. On a ensuite porté les courbes sur du papier calibré qui a été découpé suivant les deux courbes, sa surface étant déterminée par pesée.

H. a d'abord utilisé X gouttes d'essence de cumin au cours de 7 recherches et il a constaté qu'il n'y avait à peu près aucune différence entre les deux séries d'épreuves. L'essence de persil a donné des résultats analogues. La surface a été en moyenne 8,4 cmq avec ce condiment et 8,2 cmq sans lui.

L'essence d'anis a eu, par contre, un effet net. La surface délimitée par la courbe a passé, sous son influence, de 8,9 à 13,5 cmq. En même temps, le maximum de l'acidité a été également augmenté (100 contre 84).

La noix de muscade a, au contraire, diminué la surface, qui a passé, sous son influence, de 16,4 à 14,8 cmq. Avec le poivre, on a également une petite diminution de la surface, 8,9 cmq contre 11,3 avec l'eau simplement salée.

La moutarde, à la dose de I goutte d'essence, a toujours diminué la surface de l'acidité. Sous son influence, on obtient 5,8 cmq contre 8,9 avec l'eau salée. En même temps, on constate que l'ascension de la courbe de l'acidité est beaucoup plus lente. Là encore, il faut, d'après H., admettre un effet inhibant. En somme, l'essence de persil et le cumin, de même que la noix de muscade n'ont pas d'influence. Le poivre et surtout l'essence de moutarde ont un pouvoir inhibant. Seule, l'essence d'anis excite quelque peu la sécrétion. H. compte étendre ses recherches à d'autres épices.

P.-E. Morhardt.

H. G. Scholtz. ***Le taux du calcium et du potassium dans le sérum et l'ultrafiltrabilité de ces minéraux dans l'insuffisance rénale*** (*Deutsches Archiv für klinische Medezin*, tome CLXXII, n°s 5 et 6, 21 Mars 1932). — On a constaté, au cours d'affections du rein, des modifications de la composition du sérum au point de vue des sels minéraux et notamment au point de vue calcium qui a été souvent diminué et du potassium qui est souvent augmenté. Les observations de S. ont porté sur la fraction ultra-filtrable du calcium, fraction qui est la plus importante au point de vue biologique et qui, d'ailleurs, peut seule être vraiment appréciée d'une façon exacte. Les recherches de ce genre sont encore rares.

Les investigations ont porté sur 29 malades présentant, en général, des phénomènes urémiques nets. Dans 3 de ces cas, il s'agissait d'insuffisance circulatoire sévère. La méthode employée (appareil à ultrafiltration de Thiessen) a donné chez 3 sujets sains, des chiffres variant de 10,5 à 11 milligr. pour 100 gr. pour le calcium total dont 6,3 à 7 (65 pour 100) pour la partie filtrable. En ce qui concerne le potassium, les chiffres ont varié de 21 à 22 milligr.

Chez 3 seulement des 29 malades examinés, on a constaté un abaissement du calcium total. Dans ces 3 cas, il s'est agi deux fois de sclérose rénale et une fois de néphrite aiguë. On n'a pas constaté de relations entre le calcium total du sérum et les convulsions. Il en est de même pour le calcium ultrafiltrable qui était normal dans les 3 cas chez lesquels des convulsions sont survenues alors qu'il était normal dans les 2 cas où il n'y a pas eu de convulsions.

La fraction ultrafiltrable du calcium s'est trouvée dans 9 cas de sclérose rénale, inférieure à 6, chiffre qui représente la limite inférieure de la normale tandis que dans toutes les autres formes d'insuffisance rénale, ce chiffre dépassait 6. Il n'a pas été constaté de relations entre le taux du calcium et l'azote résiduel. Dans des cas où celui-ci était très augmenté, le calcium ultrafiltrable était normal.

Le potassium a été augmenté dans le sérum d'une série de malades et alors on a constaté chaque fois, une diurèse défectueuse.

Le rapport entre le calcium et le potassium n'a pas été modifié d'une façon significative. Quand le potassium total est augmenté, le potassium colloïdal l'est également. Il semble que l'organisme ait une tendance à fixer aux albumines, le potassium en excès.

P.-E. Morhardt.

Werner Hocheim et **Bruno Misske.** ***La valeur de la galactosurie alimentaire dans le diagnostic des affections hépatiques*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, n°s 5 et 6, 21 Mars 1932). — H. et M. passent en revue les principaux travaux consacrés à la galactosurie alimentaire et ils arrivent à cette conclusion que cette méthode est interprétée d'une façon variable (les uns considèrent que la réponse est positive au-dessus de 3 gr. et les autres déjà à partir de 1 gr.), de telle sorte qu'on lui attribue ou non une signification suivant le diagnostic clinique qui a été préalablement fait. D'un autre côté, la valeur de cette méthode n'a pas encore été clairement démontrée.

H. et M. ont d'ailleurs utilisé cette méthode chez leurs hépatiques au cours des 10 dernières années et ils sont arrivés aux constatations suivantes. D'abord, dans 22 cas d'ictère toxique sévère, voisin de l'atrophie jaune aiguë du foie, il est deux malades qui n'ont pas présenté de galactosurie. Cependant ces deux malades présentaient des lésions graves du foie. Chez les autres, la galactosurie a varié 4 fois de 0,6 à 1,3. Elle a dépassé 2 fois 2 gr. et chez les 14 sujets restants, elle a varié de 3 à 7,8 gr. On n'a constaté aucun parallélisme entre l'état du malade et le résultat de l'épreuve.

Dans les 26 cas d'ictère toxique bénin avec un taux de bilirubine de 4 à 5 milligr. dans le sérum, on n'a constaté 4 fois aucune galactosurie, 14 fois une galactosurie inférieure à 2 gr. et 6 fois un chiffre supérieur à 3 gr. C'est donc seulement dans ces 6 cas que la réponse a été positive au sens de Bauer.

Dans 13 cas de cirrhose de Laënnec, l'excrétion de galactose a été nulle 4 fois, supérieure à 3 gr. 4 fois également. Sur 3 cirrhoses biliaires, l'élimi-

nation a été nulle une fois, égale à 2,2 gr. une fois et une autre fois égale à 1,7 gr. dans un cas où l'ictère durait depuis 7 ans. Sur 17 cas de cholélithiase avec ictère de stase, la galactosurie a été nulle 5 fois et 2 fois seulement supérieure à 3 gr. Le résultat de l'épreuve n'a pas apporté d'aide au diagnostic dans ces cas, car ils étaient tous fort simples. Dans 15 cas de cholélithiase sans ictère, la galactosurie a été 6 fois nulle et 3 fois supérieure à 3 gr. Sur 11 cas de cancer des voies biliaires, la galactosurie a été au maximum de 2,3 gr.

Comme contrôle, H. et M. ont procédé à l'épreuve dans 53 cas d'affections de l'estomac ou du tube digestif. La galactosurie n'a pas dépassé 3 gr. une seule fois mais 5 cas ont éliminé 2 gr. de sucre. Sur une série de 62 autres malades atteints d'affections diverses, l'épreuve a été également négative. Dans un cas de maladie d'Addison, la galactosurie s'est élevée à 3,4 gr. sans qu'il y ait des signes de lésions hépatiques. En outre, sur 11 cas de tuberculose, la galactosurie a été supérieure à 2 gr. 2 fois et supérieure à 3 gr. une fois.

P.-E. Morhardt.

Erwin Schliephake. ***La rate comme organe hormonal*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin* tome CLXXII, nos 5 et 6, 21 Mars 1932). — S. rappelle d'abord qu'au cours de recherches antérieures, il a montré que les effets de l'adrénaline sur la pression du sang sont modifiés par l'ablation de la thyroïde mais reprennent leur forme initiale si l'on pratique ultérieurement la splénectomie. En injectant des extraits de rate, S. est d'ailleurs arrivé à faire disparaître en grande partie les effets de la splénectomie. L'extrait de rate utilisé s'est montré spécifique à des doses minimes en l'absence d'albumines, de lipoïdes et d'électrolytes, et capable de diminuer l'acidité gastrique chez les hyperacides ou inversement, d'augmenter l'acidité chez des hypoacides.

D'autre part, cet extrait modifie les protéines du sang qui, sous son influence, diminuent d'abord puis augmentent assez pour dépasser la normale et reviennent enfin au point de départ en 6 heures. Sur le sucre du sang, on observe des effets triphasiques analogues dans lesquels, cependant, l'abaissement est prépondérant. Aussi, les contradictions des auteurs antérieurs s'expliquent par le fait que les constatations n'ont pas été faites au même moment après l'injection. D'un autre côté, la rate perd son activité au bout de 3 ou 4 jours.

La rate possède un pouvoir prophylactique à l'égard des infections comme le montre l'apparition de l'anémie à Bartonnella chez les rats splénectomiés. L'index phagocytique, c'est-à-dire la proportion des leucocytes qui ont phagocyté des staphylocoques, augmente dans les recherches *in vitro* sous l'influence de l'adjonction de l'extrait splénique au mélange. S. définit comme unité 1.000 fois la quantité d'extrait de rate qui se montre capable d'augmenter de 10 pour 100 l'index phagocytique dans 1 cmc d'une suspension de leucocytes et de staphylocoques. L'administration parantérale de l'extrait augmente également la phagocytose chez l'homme.

D'après S. il s'agit là d'une véritable hormone. On ne saurait cependant dire si elle est produite par tout l'ensemble du système réticulo-endothélial ou seulement dans la rate. En tous cas, il s'agit d'une hormone qui, contrairement à l'hormone thyroïdienne, se montre capable de stimuler le vague.

P.-E. Morhardt.

H. G. Scholtz. ***Modifications thérapeutiques de la composition minérale du sang dans la tétanie*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXII, nos 5-6, 21 Mars 1932). — S. a eu l'occasion d'étudier une femme de 29 ans qui, depuis 7 ans, présente des convulsions tétaniques des mains et des pieds accompagnées d'accès épileptiformes, de signes de Chovstek et de Trousseau et d'excitabilité anormale des nerfs.

Chez cette femme, le calcium total du sérum s'élève à 8,2 milligr. et le calcium ultrafiltrable à 4 milligr. Ce dernier est donc proportionnellement plus abaissé encore que le calcium total. Le potassium atteint 22 et 23 milligr., il est donc normal de même que sa fraction colloïdale.

Le phosphate inorganique présente une légère élévation (11,7 milligr.). Le sodium est normal. Une injection de doses considérables de glyconate de calcium (40 cmc de calcium Sandoz) fait monter le calcium du sang presque à un chiffre normal. Mais le calcium colloïdal reste cependant élevé et, par ailleurs, le signe de Chovstek qui s'est toujours montré parallèle à l'état de la maladie s'est affaibli.

L'administration d'hormone parathyroïdienne à la dose de 60 unités Collip par jour a fait augmenter un peu le calcium ultrafiltrable, mais pas appréciablement le calcium total. Par contre, en associant cette hormone à des injections de calcium, on a obtenu des résultats nets. D'ailleurs chez 3 sujets sains, l'administration d'hormone parathyroïdienne a fait également augmenter la fraction ultrafiltrable comme le calcium total. Des effets analogues ont été constatés dans 2 cas de maladie de Recklinghausen.

Le chlorure d'ammonium a aggravé l'état de la malade en accentuant le signe de Chovstek à un degré qui n'avait pas encore été observé jusqu'alors. En même temps, il y a eu abaissement marqué du calcium total et du calcium ultrafiltrable avec diminution relative du calcium colloïdal. En administrant du calcium en même temps que le chlorure d'ammonium, on fait augmenter ce corps dans le sang, aussi bien sa fraction ultrafiltrable que la totalité. Ainsi, le chlorure d'ammonium agirait un peu comme l'hormone parathyroïdienne. D'ailleurs l'hormone agit d'une façon encore difficile à expliquer, car le signe de Chovstek diminue sous son influence, avant que le calcium du sang s'élève.

Les injections de calcium ont fait augmenter considérablement la fraction colloïdale du phosphate inorganique du sang. Sous l'influence des injections associées de calcium et d'hormone parathyroïdienne, par contre, on n'observe pas d'augmentation de P^2O^5.

P.-E. Morhardt.

ARCHIV für HYGIENE UND BAKTERIOLOGIE
(Munich et Berlin)

O. Bamesreiter. ***Expériences nouvelles sur la toxicité quantitative des vapeurs d'essence et de benzol*** (*Archiv für Hygiene und Bakteriologie*, tome CVIII, n° 3, Juin 1932). — Au moyen de l'appareil de Lehmann qui permet d'obtenir un courant d'air ayant une teneur égale en gaz toxiques, B. a déterminé soigneusement chez le chat la toxicité relative du benzol et de l'essence légère.

Distinguant trois phases dans l'intoxication (position en décubitus, narcose légère, narcose profonde), il a constaté que le benzol se montre plus toxique que l'essence, le seuil toxique quant à l'attitude en décubitus étant pour le premier de 22 milligr., pour la seconde de 40 milligr. par litre. La narcose légère est réalisée avec une concentration de 28 milligr. par litre pour le benzol, de 60 milligr. pour l'essence. En outre, le temps nécessaire pour obtenir les trois stades est plus court avec le benzol qu'avec l'essence.

P.-L. Marie.

DERMATOLOGISSCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzy)

Maschkilleisson et **Neradof.** ***Basaliome superficiel plan et ses relations avec la maladie de Bowen*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIV, n° 16, 16 Avril 1932). — M. et N. attirent l'attention sur cette forme particulière de cancer baso-cellulaire de la peau qui a été décrite en Allemagne sous le nom de carcinoïde, de basaliome, en France d'épithélioma pagétoïde, en Angleterre d'épithélioma érythémateux bénin. C'est Darier qui le décrivit en 1914 et l'appela épithélioma pagétoïde, par analogie avec la maladie de Paget du mamelon; mais cette dénomination prête à confusion.

Cette affection est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, entre 35 et 55 ans; sa durée est très longue, parfois cinquante ans; son évolution est ordinairement bénigne.

M. et N. en rapportent 3 cas; 2 malades avaient une hérédité cancéreuse.

Cette forme est d'un diagnostic difficile pour les médecins qui ne la connaissent pas. Elle débute par des petites papules non confluentes, qui peuvent être prises pour du lichen plan; plus tard, elle ressemble à un placard d'eczéma sec squameux siégeant surtout sur le dos, mais qui résiste à tous les traitements; on peut aussi la confondre avec un parapsoriasis en plaques, un lupus érythémateux, mais surtout avec la maladie de Bowen; seule l'histologie permet de faire le diagnostic, car la maladie de Bowen est une dyskératose qui se transforme ordinairement en cancer spino-cellulaire, alors que le basaliome est un épithélioma baso-cellulaire.

Le pronostic est habituellement favorable; on a cependant signalé parfois l'apparition de lésions ulcéreuses malignes sur ce basaliome.

Il faut détruire cette lésion, soit par les rayons X, soit par l'électrocoagulation ou l'enlever chirurgicalement.

R. Burnier.

Cederberg. ***La pelade et son étiologie*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIV, nos 16 et 17, 16 et 23 Avril 1932). — De nombreuses théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de la pelade. C. en propose une nouvelle: la pelade serait une inflammation du folliculo-pileux due à une spirillose toxique. Il déclare avoir pu colorer par la méthode de Levaditi des spirilles dans le derme et l'épiderme de plaques peladiques.

Il établit un parallèle entre la syphilis, autre spirillose, qui après le chancre se manifeste par une alopécie en clairières et parfois en aires et la pelade, qui débuterait par un accident primitif, siégeant soit au niveau de la bouche et des dents, soit au niveau du tube digestif, où les spirilles sont très fréquents. L'infection se propage ensuite par voie centrifuge, pour aboutir à la peau déterminant une papillite toxique, manifestation partielle de la dermo-épidermite spirillaire.

Le traumatisme fréquemment invoqué dans la pelade, jouerait comme dans la syphilis, un rôle de localisation des lésions. Le vitiligo et les dyschromies alopéciques qui accompagnent fréquemment la pelade, seraient analogues aux troubles de pigmentation (leuco-mélanodermie) qu'on observe dans la syphilis.

Le traitement qui découle de cette théorie est qu'il faut traiter la pelade comme une spirillose, par l'arsenic (arsénobenzol), et par le bismuth ou le mercure. Dans les formes graves de pelade généralisée, C. préconise même de recourir à la malariathérapie.

R. Burnier.

Grimm. ***La culture du bacille tuberculeux dans le sang et les tissus des malades atteints de tuberculose cutanée*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIV, n° 17, 23 Avril 1932). —

Les résultats obtenus par les divers auteurs qui ont pratiqué la culture du sang des tuberculeux sur les milieux à l'œuf de Horn et Lubenau, de Löwenstein, sont des plus variables.

Kissmeyer, sur 84 cas de tuberculose cutanée, trouve 11 résultats positifs. Löwenstein, 63 pour 100 de résultats positifs. Kallos et Koch trouvèrent, par contre, tous leurs cas négatifs.

G. a essayé la culture du bacille tuberculeux dans le sang, suivant la méthode de Löwenstein chez 36 malades: 13 lupus tuberculeux, 5 tuberculides et 18 malades non tuberculeux. 144 cultures furent ainsi pratiquées. Aucun malade ne donna un résultat positif. R. Burnier.

Sellei. ***Le traitement de l'acrodermatite atrophique par l'opothérapie pancréatique*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIV, n° 17, 23 Avril 1932). — S. estime que la sclérodermie et l'acrodermatite atrophique de Herxheimer sont dues à un trouble de fonctionnement du pancréas et il a employé avec succès l'opothérapie pancréatique dans 2 cas d'acrodermatite associée à la sclérodermie et dans 2 cas d'acrodermatite pure.

Dans tous les cas, la peau était très atrophique, avec épiderme aminci en feuille de papier à cigarette, peu squameux et de coloration violacée; les membres atteints étaient très atrophiques et sensibles au froid.

Le pancréas fut administré sous forme de tablettes de pancrine par la bouche (9 à 10 par jour) et sous forme d'injections intramusculaires de 2 cmc de pancrine chaque jour; cette pancrine est un extrait pancréatique sans insuline.

Après un traitement de plusieurs mois (cinq à huit mois), presque tous les malades montrèrent une amélioration notable; l'atrophie devint moins nette et les veines sous-cutanées moins visibles; la teinte violacée s'atténua.

Il semble donc bien que le ferment pancréatique agit d'une façon favorable sur la sclérodermie et la dermatite atrophiante. R. Burnier.

Senine. ***Les nodules des trayeurs de vaches*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIV, n° 18, 30 Avril 1932). — S. a eu l'occasion d'observer en deux mois, chez 4 femmes, des lésions des mains et des avant-bras qu'il diagnostiqua *tubercules des trayeurs*. Les 4 malades possédaient une vache qui paissait en des points éloignés les uns des autres et les malades ne se connaissaient pas. Toutes les 4 avaient été vaccinées dans leur enfance. Chez les 4 vaches on constata sur les mamelles des taches et des nodosités jaunâtres recouvertes de croûtes, légèrement douloureuses; l'éruption avait duré cinq à huit jours et avait disparu sans laisser de traces. Le vétérinaire avait parlé de cow-pox. C'est cinq à six jours après la disparition de la maladie des vaches que les lésions étaient apparues aux mains et aux avant-bras des malades.

Ces nodosités, grosses comme un pois parfois avec soulèvement épidermique contenant un peu de liquide, de coloration violacée, entourées d'un halo rouge, existent en nombre variable sur les mains et parfois les avant-bras; elles disparaissent spontanément sans laisser de cicatrice.

Ces lésions sont bien connues chez les trayeurs de vaches. Mais leur pathogénie est discutée.

La plupart des auteurs les attribuent à l'inoculation du cow-pox. Mais S. et d'autres auteurs rejettent cette pathogénie et pensent qu'il s'agit de paravaccine au sens de Pirquet et de Lipschütz. Ces lésions ont une évolution chronique; on ne constate pas la dégénérescence réticulée et ballonisante de l'épithélium, comme dans la vaccine et la variole. L'absence de pustules, d'immunité vis-à-vis de la variole, la présence dans un cas sur 4 de corpuscules de *Strongyloplasma paravaccinae* de Lipschütz sont en faveur d'une infection paravaccinale. R. Burnier.

ENDOKRINOLOGIE (Leipzig)

N. Gellerstedt. ***Hyperplasie circonscrite du tissu graisseux sous-cutané comme conséquence locale des injections d'insuline*** (*Endokrinologie*, tome X, n° 6, Juin 1932). — G. expose d'abord qu'il a pu réunir 47 cas dont 19 enfants chez lesquels les injections d'insuline ont provoqué une atrophie, plus ou moins limitée, du pannicule adipeux. Sur ce nombre, il est 22 cas dont on connaît le sexe et qui ne comprennent que 3 hommes.

L'apparition de cette lipodystrophie commence entre un mois et plusieurs années après le début du traitement avec l'insuline. Les examens microscopiques ont montré que, dans ces conditions, il apparaît de la fibrose. Le taux de l'insuline injectée ne joue pas de rôle. Aussi, a-t-on fait de cette affection une panniculite traumatique. Mais actuellement, on tend à admettre qu'il s'agit bien d'un effet de l'insuline elle-même qui activerait les oxydations ou encore qui agirait indirectement par voie neurotrope. En tout cas, cette propriété de l'insuline est en contradiction avec ce qu'on sait sur le rôle assimilateur de cette hormone.

Mais ces cas de lipodystrophie ne sont pas les seules conséquences de l'administration d'insuline. Déjà Eeg-Olofson a constaté l'apparition d'un gonflement analogue à un lipome sous l'influence des injections d'insuline. G. a eu l'occasion d'observer 4 cas de ce genre dont il donne l'observation.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fillette de 3 ans 1/2, diabétique, chez laquelle on observe, au bout de quatre mois de traitement par l'insuline, l'apparition sur la face externe des deux cuisses, d'une tuméfaction lipomateuse sans aucun signe d'inflammation. Dans un second cas, il s'agit d'une fillette de 5 ans 1/2 chez laquelle les mêmes phénomènes apparaissent au bout de deux ans de traitement. Chez un garçon de 9 ans, des phénomènes identiques ont apparu au bout de 3 ans 1/2 de traitement. Enfin, dans un 4e cas, il s'agit d'une fillette de 7 ans 1/2 qui présente ces formations lipomateuses aux bras et aux cuisses et qui est traitée depuis environ cinq ans et demi. Elle succombe à la tuberculose et on vérifie à l'autopsie les caractères lipomateux et localisé de ces hyperplasies sous-cutanées. Dans cette région, les lobules de graisse sont plus volumineux.

G. admet qu'il intervient dans ce phénomène une disposition constitutionnelle et héréditaire puisque les filles sont plutôt atteintes. Mais en outre, le rôle de l'infection ne paraît pas douteux car dans les quatre cas, ces productions ont apparu peu après une infection. Au total, il paraît s'agir de phénomènes très complexes et plus fréquents qu'on ne pourrait le croire.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Piccinelli. ***Essai de malariathérapie de la tuberculose*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXIII, nos 3-4, 1932). — Weselko, de Zagreb, rapporta le premier les résultats favorables qu'il obtint en impaludant certains tuberculeux, partant de la notion de la bénignité et de l'allure scléreuse des atteintes bacillaires chez les paludéens. Garofali nota également que le paludisme semble entraver le développement de la tuberculose en favorisant la prolifération conjonctive, et poursuivit ses recherches dans la région pontine et dans la campagne romaine, à l'affût d'association tuberculose-paludisme, et étudiant chez les sujets, cliniquement, radiologiquement et bactérioscopiquement, l'évolution et les caractères de la tuberculose. Partant de ces résultats, il pratiqua chez quelques malades l'impaludation et put observer une véritable amélioration, survenant en général un mois après les derniers accès, amélioration se traduisant radiologiquement par une tendance à la fibrose; dans d'autres cas, les résultats furent moins brillants et on dut associer le pneumothorax à la malariathérapie.

G. Basch.

Vajna. ***Les pierres du poumon*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXIII, nos 3-4, 1932). — V. n'a observé qu'un cas de pierres du poumon au cours d'une période de cinq années et considère cette éventualité comme une rareté ainsi qu'il ressort de sa statistique et de quelques statistiques étrangères. Les pierres du poumon marquent en général la tendance à la guérison d'un processus tuberculeux, mais elles s'observent également après une bronchopneumonie, et de façon plus générale après calcification des sécrétions contenues dans une cavité pathologique du poumon; on peut en retrouver dans les lumières bronchiques enrobant des corps étrangers demeurés aseptiques; on a pu noter une calcification plus ou moins étendue des bronches ou de champs pulmonaires entiers. Au cours de la goutte, on a signalé des dépôts uratiques dans les voies respiratoires, mais le plus grand nombre d'observations concerne la tuberculose, la gangrène, les abcès. Le centre de ces formations est habituellement organique, leur composition minérale est de phosphate ou de carbonate de calcium et de magnésium. L'examen du noyau organique montre parfois des bacilles acido-résistants et des fragments d'épithélium bronchique. Il est habituel de noter l'expulsion de ces pierres dans les crachats.

L'observation que relate V. concerne une pierre de grandes dimensions, située à la partie externe du lobe supérieur du poumon gauche, et placée au centre d'une cavité. Après expulsion de la pierre par les voies naturelles, l'ombre cavitaire apparut plus petite, ratatinée et ayant perdu son noyau sombre central. Les signes d'accompagnement de l'expulsion sont variables; l'hémoptysie est inconstante.

G. Basch.

Apitz. ***Diagnostic du cancer primitif du poumon par la radiographie après lipiodol*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXIII, n° 5, 1932). — On sait à quelles difficultés se heurte le diagnostic précoce du cancer du poumon, tant à cause de la banalité de ses signes fonctionnels que en raison de l'absence des troubles généraux habituels au cancer. Chaque fois qu'on soupçonne cliniquement et radiologiquement une tumeur du poumon, on devra tenter l'injection d'huile opaque intratrachéale; on observe alors, dans le cas de cancer réalisant une sténose bronchique, une absence totale d'injection des arborisations bronchiques du côté de la tumeur. Des planches très démonstratives jointes à ce court article démontrent la valeur diagnostique et localisatrice de cette épreuve.

G. Basch.

Waitz. ***Tuberculose et gestation*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXIII, n° 5, 1932). — La survenue d'une grossesse chez une tuberculeuse soulève un grand nombre de problèmes des plus délicats : il est fréquent de voir une poussée tuberculeuse coïncider en effet avec une semblable éventualité; sans doute faut-il en rechercher la cause dans l'aptitude réactionnelle plus grande que présente la femme enceinte, ainsi qu'en font foi les épreuves à la tuberculine pratiquées par un grand nombre d'auteurs, et particulièrement par W., utilisant la technique de Mantoux. L'accoucheur devra se concerter avec le médecin traitant, afin d'envisager s'il y a lieu d'interrompre la grossesse; cette interruption pourra être évitée si l'on a pu traiter énergiquement la tuberculose,

en particulier par le pneumothorax artificiel, et, de façon plus générale, par l'application des méthodes médicales et chirurgicales les plus modernes. On prescrira un séjour en maison de santé chaque fois que cela sera pratiquement possible.

W., à part ces généralités, ne formule pas les règles qui doivent faire envisager l'avortement thérapeutique; il considère qu'elles sont sujettes à révision, et souhaite pour ce faire qu'on puisse réunir un grand nombre d'observations complètes.

G. Basch.

Beeh. ***Contribution à l'étude de la tuberculose ouverte des enfants et jeunes gens*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXIV, n° 5, 1932). — Il s'agit là de cas particulièrement dignes d'intérêt, puisqu'il s'agit de sujets en plein développement, et qu'il faut en assurer le traitement, l'instruction, et également les distractions. Pour réaliser ce triple but, les petits établissements paraissent préférables aux grands. Sur les 180 malades hospitalisés dans le sanatorium que dirige B., 79 ont été traités médicalement, 13 seulement sont morts; il semble que la tuberculose ouverte soit relativement bénigne et d'évolution lente chez l'enfant, mais elle prend souvent à la puberté un caractère aigu. 62 malades ont été traités par le pneumothorax, dont 6 ont eu un pneumothorax bilatéral. Parmi ceux-ci, un tiers a pu survivre; la phrénicectomie a été pratiquée avec quelque succès.

G. Basch.

Braeuning. ***Quelques considérations sur le début de la tuberculose pulmonaire, d'après des radiographies faites en séries chez le même sujet avant et pendant la maladie*** (*Zeitschrift für Tuberculose*, tome LXIV, n° 6, 1932). — B. a pu réunir 47 radiographies pratiquées à intervalles variables chez des sujets d'abord normaux, puis ayant présenté par la suite une tuberculose pulmonaire. Il a ainsi cherché à préciser en combien de temps minimum pouvait s'inscrire radiologiquement l'expression de la maladie. 19 séries radiologiques sont distantes de deux mois et demi à douze mois. Dans 28 séries, le laps de temps qui sépare l'image normale de l'image pathologique est de plus d'un an.

D'après cette étude, il ressort que la tuberculose a commencé dans 17 pour 100 des cas au sommet, dans 42 pour 100 dans d'autres parties du poumon; dans les autres cas, il ne fut pas possible de fixer le lieu du début; les aspects initiaux sont des taches ou des ombres allongées peu foncées; ces aspects ne se foncent qu'un an et quatre mois après la radiographie normale. On a pu observer des infiltrats atteignant 3 cm. de diamètre quatre mois après la photographie normale, et dans deux cas deux cavernes ont été notées cinq à huit mois après un cliché normal. Dans 2 cas, ne se sont écoulés que huit et dix mois entre l'image normale et la tuberculose ouverte, et au minimum deux ans et demi entre l'image normale et la mort. Quoique le nombre des cas envisagés soit insuffisant pour en tirer des conclusions fermes, il semble que ce soit bien là la méthode qui permettra de préciser la marche et l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

G. Basch.

ZEITSCHRIFT für UROLOGIE
(Leipzig)

P. Blatt (Vienne). ***Action des influences réflexes sur la diurèse*** (*Zeitschrift für Urologie*, tome XXVI, 1932, n° 4). — Dans des recherches antérieures, B. avait montré qu'une excitation mécanique ou électrique portant sur le tiers inférieur d'un uretère modifiait la courbe oncométrique non seulement du côté excité, mais aussi du côté opposé.

Il étudie cette fois l'influence des excitations urétérales sur la diurèse en recueillant les urines des deux reins sur des lapins anesthésiés au paraldhéhyde et en notant l'influence des différents temps opératoires.

Il ressort de ces expériences: que la laparotomie n'a aucune influence sur la diurèse; que le fait de récliner l'intestin n'a qu'une influence légère et inconstante, que la contusion d'un des uretères amène une oligurie du côté traumatisé et détermine en général une oligurie parallèle du côté opposé. Qu'enfin la ligature des uretères provoque l'arrêt complet de la sécrétion des deux reins.

Bernard Fey.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Lôvi. ***Résultats du repas d'épreuve au sucre*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 15, 8 Avril 1932). — A la suite des travaux de Recht, montrant l'action sédative qu'exerce sur les douleurs de l'ulcus gastro-duodénal l'administration de sucre *per* os, L. a cherché à préciser dans quelle mesure cette ingestion de sucre modifiait le chimisme gastrique. Il a pratiqué tout d'abord un premier examen portant sur le suc gastrique prélevé à jeun, puis sont données alternativement au malade, un jour une solution de caféine au millième, puis le jour suivant une solution sucrée au quart.

Les prélèvements étaient pratiqués de 10 en 10 minutes pour l'épreuve à la caféine, au bout de 20 minutes seulement pour l'épreuve au sucre. Les résultats furent les suivants : il y eut hypo-acidité après le repas au sucre; sans doute ceci provient-il de l'hyperinsulinémie due à ce repas sucré. Néanmoins, les courbes et les tableaux obtenus chez les divers malades sont extrêmement variables, du fait peut-être des variations individuelles de l'appareil insulaire. Dans 9 cas, les résultats thérapeutiques furent bons. Par contre, l'injection intraveineuse fut sans résultat.

G. Basch.

Urbach. ***Traitement diététique de l'eczéma et du strophulus infantiles*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 16, 15 Avril 1932). — Les opinions les plus diverses règnent quant au régime à appliquer dans l'eczéma infantile. Les uns incriminent les graisses, d'autres les hydrates de carbone, d'autres les œufs, le lait, etc...; Moro prescrit au contraire un régime riche en graisses; Leiner conseille les crudités; Meyer et Nasso vantent les effets du régime sec. U. considère que le traitement est double, local et diététique, et divise les nourrissons porteurs d'eczéma infantile en 4 groupes :

a) Les uns sont des surnourris, gros et florides; il faut diminuer leur ration et les traiter localement;

b) Les autres sont des atropho-dystrophiques; il faut régler leur régime et les faire engraisser;

c) La troisième catégorie est constituée par « l'eczéma exsudatif »; il s'agit parfois d'enfants surnourris dont il faut réduire le régime en quantité, en sel et en graisse; dans d'autres cas, ces enfants sont sensibilisés aux œufs, au lait ou aux céréales, ou encore aux simples microbes de la peau.

d) Le quatrième groupe enfin concerne des enfants eutrophiques soumis à une nourriture monotone et qu'il convient de varier.

G. Basch.

Weissmann. ***Quelques traitements modernes de l'asthme bronchique*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 16, 15 Avril 1932). — L'usage des locaux à l'abri des allergènes paraît avoir une signification plus diagnostique que thérapeutique; il est possible en effet, grâce à ce procédé, de reconnaître la nature pollinique d'un asthme, et l'on pourra profiter de ce séjour du malade pour en pratiquer la désensibilisation par une des voies habituellement usitées. Quelques auteurs, dont Ponndorf, ont préconisé les larges cuti-réactions à la tuberculine; il s'agit là sans doute d'une désensibilisation véritablement spécifique, car on retrouve la tuberculose dans 19 à 21 pour 100 des cas d'asthme. Ces mêmes tendances ont conduit d'autres auteurs à pratiquer un traitement vaccinal à l'aide de la flore variée retrouvée dans le nez et les voies respiratoires supérieures. Ce vaccin a été associé à l'extrait posthypophysaire, et aurait donné certains succès lorsqu'on l'utilise sous forme de scarifications profondes avec issue de sang, à la différence des scarifications habituelles. Ce produit a été préparé sous le nom de « Paspat ». Plus éclectiques encore sont les méthodes comme celle de Strasser, préconisant l'absorption d'iodure de potassium, les injections intra-veineuses de chlorure de calcium, et, simultanément, une sudation abondante dans des bains de vapeur ou de lumière. Récemment, Kairiukstis conseille les injections intra-musculaires d'une solution à 30 pour 100 de benzine et d'huile d'olives; M. n'a pas obtenu avec ce produit les résultats annoncés par l'auteur.

G. Basch.

Klein. ***Contribution à l'étiologie et à la thérapeutique de l'atrophie jaune aiguë à propos d'un cas guéri*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 17, 22 Avril 1932). — L'atrophie jaune aiguë, considérée autrefois comme une affection rare et autonome, apparaît actuellement comme plus fréquente que jadis, et semble, d'après la conception moderne, constituer l'aboutissant possible de toute une série d'hépatites infectieuses ou toxiques. La syphilis, qui frappe si électivement le foie, peut donner lieu, bien que rarement, au syndrome; on en notera plus souvent l'apparition au cours de la syphilis traitée par l'arsenic; et à ce sujet les auteurs font allusion aux discussions classiques concernant la nature de l'ictère syphilo-thérapeutique. L'ictère des femmes enceintes a pu dans certains cas, et du fait de l'hyperfonctionnement hépatique au cours de la grossesse, revêtir une forme grave. De nombreux examens, d'ailleurs, ont démontré au cours de l'intoxication gravidique un certain degré d'insuffisance hépatique. Fréquentes enfin sont les causes toxiques du syndrome: le chloroforme, le phosphore, les champignons, l'atophan, etc... K. relate une observation concernant une femme de 34 ans présentant le tableau typique de la maladie, avec, dans les urines, un grand nombre de cristaux de leucine et de tyrosine; l'administration combinée d'insuline et d'une solution glucosée à 40 pour 100 amena la guérison. De cette observation, les auteurs ont pu conclure à une participation de la rate au syndrome ictérique; il leur a semblé également que ce dernier organe, le pancréas et le corps thyroïde se comportaient comme des antagonistes.

G. Basch.

Neuffer. ***Comment alimenter les opérés de l'estomac*** (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 17, 22 Avril 1932). — N. a appliqué chez 140 opérés d'ulcus duodénal, d'ulcus pylorique et de cancer du pylore (parmi lesquels 132 gastrectomies à la Billroth II et 8 gastro-entérostomies), un régime riche en hydrates de carbones, pauvre en albumines et en graisses; dans les premières trente-six heures après l'opération, on administre aux malades en lavement une solution glucosée. Du deuxième au cinquième jour après l'opération, on administre la nourriture d'abord sous une forme fluide, puis en purée, et enfin on

donne des aliments solides au sixième jour. Grâce à ce régime, le patient évite les diarrhées précoces, les sensations de plénitude gastrique, bref tous les troubles dyspeptiques post-opératoires. Mais il est capital en outre de s'inquiéter du régime suivi après le départ de la clinique.

G. Bascu.

Hamperl. *La gastrite aiguë* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 17, 22 Avril 1932). — On sait la diversité des opinions concernant la pathogénie de l'ulcus gastrique; certains ont voulu y voir l'aboutissant du processus de gastrite aiguë, et des érosions auxquelles donne lieu cette maladie. Néanmoins, l'expression anatomique attribuée à cette affection se rencontre de façon banale, non seulement chez les ulcéreux, mais encore à l'autopsie de la plupart des adultes, ce qui doit tendre à restreindre la notion sans doute trop compréhensive de gastrite aiguë. Dans cette intention, H. a étudié la nature des leucocytes retrouvés au niveau de la muqueuse gastrique; les éosinophiles se trouvent en petit nombre, siègent en général dans les couches basales de la muqueuse; on en retrouve un grand nombre chez des sujets ayant succombé rapidement, ou chez des opérés d'ulcères ou de cancer. On voit donc que la teneur en éosinophiles est sans rapport avec la présence ou le degré d'une gastrite. Les neutrophiles siègent souvent au niveau des orifices glandulaires, en nombre également variable; ils semblent présenter une diapédèse assez active, mais nous ignorons les conditions qui y président, d'où la difficulté d'établir des bases solides à un cyto-diagnostic gastrique, ainsi qu'ont tenté de le faire Loeper et Marchal. Il est cependant vraisemblable que la diapédèse retrouvée histologiquement par H. correspond à la diapédèse de digestion décrite par les auteurs précités.

Pas plus que le nombre et la nature des leucocytes, les érosions gastriques ne semblent caractériser le stade préulcéreux, mais sans doute ces dernières, comme l'ulcère lui-même, sont-elles dues à l'action du suc gastrique.

G. Basch.

Hoche. *Tuberculose et cancer* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 19, 6 Mai 1932). — L'observation clinique tend à réfuter l'aphorisme de Rokitansky, suivant lequel il y aurait antagonisme entre le cancer et la tuberculose. Il semble au contraire que, dans certains cas et dans certains organes (poumons, ganglions, utérus, peau), la tuberculose fasse fréquemment le lit du cancer. A l'appui de cette opinion, H. rapporte l'observation d'une femme de 32 ans présentant depuis l'enfance une lésion fistulisée du pied considérée comme tuberculeuse, et traitée comme telle; au bout de quinze ans apparurent des modifications d'aspect qui firent faire le diagnostic clinique de fongus du pied, diagnostic vérifié par l'examen biopsique. Notons cependant qu'on pratiqua à la malade, au cours de la première période, un grand nombre de séances de radiothérapie.

Quelles que soient les causes qui aient pu favoriser l'apparition du caner, il n'en est pas moins vrai que la coïncidence tuberculose-cancer est loin d'être exceptionnelle, qu'il y ait succession ou apparition contemporaine. H. en multiplie les exemples et note particulièrement la transformation néoplasique relativement fréquente de lésions ulcéreuses des extrémités inférieures.

G. Basch.

Brandt. *La réinfection syphilitique* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 22, 27 Mai 1932). — Les cas de réinfection syphilitique authentique sont relativement rares en regard des cas de superinfection et de chancres redux; néanmoins, il semble que pareille éventualité devrait se rencontrer plus fréquemment en raison de la précocité plus grande du diagnostic et de la mise en œuvre d'un traitement standard énergique et plurimédicamenteux. Récemment, Hoffmann, puis Müller ont cherché à séparer les réinfections authentiques de la « sclerosiforme rezidive »; ces derniers faits concernent une réinfection de l'individu par ses propres spirochètes, mais affectant un type spécial, du fait de l'immunisation partielle du sujet, grâce à un traitement intensif.

B. considère, à la lumière d'une observation qu'il relate et qui concerne un sujet bien traité ayant présenté en l'espace de seize ans 4 indurations successivement apparues à la place du chancre primitif, que les sujets traités se divisent en plusieurs catégories:

a) Les malades non guéris présentent des récidives sclérosiformes, ou une superinfection;

b) Les malades guéris peuvent se réinfecter, présentant alors le tableau clinique complet de l'infection première; mais certains d'entre eux peuvent se réinfecter de façon *latente*, muette, du fait de la prolongation de leur immunité première. C'est à cette dernière catégorie qu'appartiendrait le malade dont B. relate brièvement l'observation.

G. Basch.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

R. Truco. *L'ostéochondromatose synoviale* (*La Semana Medica*, tome XXXIX, n° 1992, 17 Mars 1932). — Revue générale détaillée de la question. T. énumère tous les anciens travaux. Diathèse pour les premiers observateurs, l'ostéochondromatose a été attribuée par les modernes à des épanchements coagulés, à des processus d'arthrite chronique déformante, à des néoplasmes du tissu cartilagineux: synoviale et cartilage ont la même origine mésodermique. Il est certain que l'affection ne se développe à la suite de traumatismes que chez des prédisposés.

G. d'Heucqueville.

J. Obarrio et C. Rechniewski. *Les réactions des globulines dans le liquide céphalo-rachidien* (*La Semana Medica*, tome XXXIX, n° 1992, 17 Mars 1932). — Les auteurs ont recherché les globulines dans 800 liquides céphalo-rachidiens, par les réactions de Nonne-Appelt, Pandy, Welchbrodt, Noguchi, Ross Jones.

Ils estiment que la réaction de Pandy, à l'acide phénique, est la plus précise et la plus commode puisqu'elle ne demande qu'une goutte de liquide, laquelle est mise en contact avec le réactif pendant trois jours à la température de 37°.

Les réactions des globulines ne sont jamais positives en l'absence d'une hyperalbuminose notable.

La réaction de Brown Histller, positive dans la paralysie générale, négative dans la syphilis cérébrale, permet de différencier les deux affections.

La réaction de Kafka, précipitation fractionnée, fait apparaître la fibrine seule, pour une dilution de 28 pour 100. Or la présence de fibrine est symptomatique, habituellement, de méningite ou de tumeur cérébrale.

G. d'Heucqueville.

PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

R. Castex et L. Ontaneda. *La pression du liquide céphalo-rachidien dans la grande citerne sous-occipitale* (*La Prensa Medica Argentina*, tome XVIII, n° 31, 10 Avril 1932). — Etude très complète, surtout comparative, des tensions du liquide, mesurées par ponctions lombaire et sous-occipitale. Cette dernière tension, inférieure à la tension lombaire (les 3/4 environ), est égale en moyenne à 15 cm. d'eau en position couchée; inférieure à 5 cm. en position assise.

Une tension sous-occipitale supérieure à 5 cm., en position assise, est symptomatique d'hypertension intra-cranienne: il s'écoule dans ce cas 2 à 3 cme de liquide. La comparaison des tensions lombaire et sous-occipitale permet de diagnostiquer les blocages. L'épreuve de Queckenstedt est moins nette pour la seconde que pour la première. Les manœuvres destinées à produire les réflexes oculo-cardiaque et solaire sont sans effet sur la tension sous-occipitale. Elle varie au contraire avec les positions de la tête, qui modifient le volume de la grande citerne, sans toutefois que les espaces arachnoïdiens et ventriculaires se comportent comme un vase clos.

G. d'Heucqueville.

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOSIFILOLOGIA
(Buenos-Aires)

Aubrun. *La pelade expérimentale de Max Joseph* (*Revista argentina de dermatosifilologia*, tome XV, Mars 1932). — On sait que Max Joseph en 1886 déclara qu'il était possible de provoquer la pelade chez le chat par la section du 2e nerf cervical. Cette assertion a été battue en brèche par de nombreux auteurs; les uns nièrent la possibilité d'obtenir des plaques de pelade par ce procédé ou bien considérèrent les plaques alopéciques obtenues comme des lésions banales sans relation de cause à effet avec l'intervention; d'autres estimèrent que les plaques alopéciques étaient une lésion trophique par section des nerfs trophiques ou par déficit de l'innervation physiologique, ou bien un trouble nutritif d'origine réflexe vaso-motrice.

A. pratiqua sur des chats une série d'opérations portant sur le 2e ganglion cervical, sur les racines antérieures et postérieures de ce ganglion, sur les nerfs périphériques qu'il extirpa partiellement ou en totalité. Il vit apparaître après ces opérations des plaques alopéciques et des excoriations dans les territoires innervés par ce ganglion; mais il constata que ces lésions reposaient sur une base hyperesthésique et étaient produites par le grattage consécutif au prurit et à l'hyperesthésie causés par la section nerveuse. A. conclut que la soi-disant « pelade expérimentale » de Max Joseph n'est pas la reproduction expérimentale chez le chat, de la pelade humaine.

R. Burnier.

Rosner. *La cholestérine dans les dermatoses* (*Revista argentina de dermatosifilologia*, tome XV, Mars 1932). — R. a recherché la cholestérinémie dans certain nombre de dermatoses par la méthode de Grigaut; les résultats sont très variables et il est impossible d'en déduire des règles précises dans l'état actuel de nos connaissances.

Dans 7 cas de psoriasis, 3 avaient une cholestérinémie normale, 3 un taux exagéré et 1 un taux abaissé. Dans le cancer de la peau et les affections précancéreuses, on note le plus souvent une hypercholestérinémie.

Dans les pyodermites, le taux de la cholestérine est toujours augmenté.

Dans les affections prurigineuses, eczémas, névrodermites, le plus souvent on note une hypercholestérinémie; parfois cependant le taux est normal et même abaissé.

Dans la syphilis, on note tantôt un taux normal, tantôt un taux supérieur à la normale; il en est de même dans la lèpre.

R. Burnier.

Cordiviola. *Syphilis par transfusion sanguine* (*Revista argentina de dermatosifilologia*, tome XV, Mars 1932). — C. passe en revue les nombreux cas de syphilis provoquée par transfusion sanguine,

qui ont été publiés dans la littérature dans ces dernières années; il ajoute à ces cas l'observation suivante.

Une femme de 38 ans, diabétique, expulse à la fin de sa grossesse un fœtus mort; l'expulsion du placenta est suivie d'une forte hémorragie qui met les jours de la malade en danger. On décide de faire une transfusion du sang et on s'adresse à une parente chez laquelle un examen rapide ne montra rien d'anormal; la transfusion a lieu le 24 Novembre. 60 à 65 jours après la transfusion, la malade se plaint de céphalée et de douleurs rhumatoïdes; on constate une micropolyadénopathie généralisée et une roséole discrète sur le ventre et les flancs. Wassermann positif.

Le donneur examiné ultérieurement d'une façon plus approfondie était une femme de 20 ans, qui ne présentait aucun accident visible, mais qui avait eu 7 mois auparavant un accouchement prématuré d'un enfant de 2.500 gr., qui mourut dix heures après sa naissance. Le Wassermann fut trouvé complètement positif.

La syphilis paraît donc bien dans ce cas déterminée par la transfusion. L'examen clinique et sérologique de la malade avait été négatif avant la transfusion et l'expulsion d'un fœtus mort doit être attribuée au diabète et non pas à une syphilis. L'apparition des symptômes secondaires 60 à 65 jours après la transfusion, l'examen clinique et sérologique positif après la transfusion, l'absence d'accident primitif d'adénopathie régionale, tous ces faits militent en faveur de la contamination syphilitique par le donneur. R. Burnier.

SAO PAULO MEDICO
(Rio de Janeiro)

E. Vampré. ***Le fonctionnement automatique de la vessie*** (*São Paulo Medico*, tome IV, II, n° 5, Mars 1932). — V. rappelle les expériences physiologiques de Vulpian, Erb, Raymond, Déjérine, etc., qui ont permis de localiser dans le cône terminal de la moelle les centres de la motricité vésicale. Les altérations du cône terminal se traduisent par le syndrome suivant: troubles de la miction, de la défécation, des fonctions génitales, de la sensibilité dans le domaine SII-SVI (territoire en selle).

Il apporte une confirmation clinique de ces expériences par 4 observations: la première est celle d'une hématomyélie du cône terminal traumatique; l'automatisme vésical était profondément troublé, réveillé par des excitations portées sur les zones anesthésiées; une autre a trait à une lésion toxique du cône par une injection de sel mercuriel malheureuse, intra-durale. V. put étudier surtout l'automatisme vésical autonome (et l'influence de la radiothérapie sur ses centres) dans 2 cas de section traumatique haute de la moelle.

G. d'Heucqueville.

LA MEDICINA IBERA
(Madrid)

J.-M. Villacia. ***Les grandes doses de luminal dans le traitement de la chorée*** (*La Medicina Ibera*, tome XVI, n° 754, 23 Avril 1932). — Les mouvements choréiques disparaissent dans le sommeil. V. procure à ses malades un sommeil artificiel prolongé, à l'aide d'un hypnotique inoffensif : le luminal, administré en injections sous-cutanées à dose journalière de 20 centigr. et plus, durant dix ou quinze jours consécutifs.

Il rapporte deux observations : l'une d'une jeune fille de 15 ans, atteinte de chorée de Sydenham, qui fut très améliorée après huit jours de traitement; l'autre d'un homme de 51 ans, présentant un syndrome choréique progressif, qui guérit complètement : il avait reçu 40 centigr. de luminal pendant quinze jours. Les troubles mentaux des sujets n'ont pas été modifiés.

V. rappelle les opinions pathogéniques en cours sur la chorée. Il attribue l'action du luminal à l'abaissement du pH sanguin qu'il provoque, abaissement qui permet l'augmentation du calcium, l'ion inhibiteur par excellence de l'irritabilité des centres nerveux.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVOS ESPAGNOLES DE ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
(Madrid)

P. Escudero et **G. S. Ortiz.** ***Le diabète suspendu*** (*Archivos Espanoles de Enfermedades del aparato digestivo*, tome XV, n° 2, Février 1932). — Les auteurs ont créé ce terme nouveau *diabète suspendu* pour désigner la combinaison symptomatique: *hyperglycémie sans glucosurie*.

Cet état s'observe chez les sujets atteints de diabète bénin, dont la glucosurie a disparu. La glycémie est redevenue normale sous l'action d'un régime approprié, mais le moindre traumatisme produit chez eux des élévations excessives et prolongées de cette glycémie, révélant le déficit potentiel du mécanisme régulateur: on découvre souvent par hasard, au cours d'un examen, des hyperglycémies inattendues.

Stationnaire contrairement au diabète vrai, le diabète suspendu comporte néanmoins des complications aussi graves : anthrax, polynévrites, etc. En outre, quand le trouble métabolique n'est plus compensé, la glucosurie s'installe.

Les auteurs rapportent 9 observations de diabète suspendu. Ils l'ont produit expérimentalement chez deux chiens par ablation du pancréas.

G. d'Heucqueville.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDECINE
(Chicago)

P. Willson et **A. Preece.** ***La chorée des femmes enceintes*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 4, Avril 1932). — A propos d'un cas personnel, W. et P. donnent ici une étude statistique basée sur l'analyse de 951 cas de chorée gravidique puisés dans la littérature ou fournis par un questionnaire adressé à de nombreux accoucheurs américains.

Cette affection est très rare: 1 cas sur 3.500 femmes enceintes environ admises à l'hôpital, ce qui est loin encore de représenter la proportion réelle.

Pour W. et P., la chorée de la grossesse est la même maladie que la chorée de Sydenham des adolescents, légèrement modifiée à certains égards en raison de son association à la gestation. Ils basent leur opinion sur les arguments suivants: Les femmes qui en sont atteintes sont de très jeunes femmes, le plus souvent des primipares. Chez plus de la moitié on relève une atteinte de chorée banale dans les antécédents; plus d'un tiers ont eu déjà du rhumatisme articulaire aigu; plus d'un quart ont eu les deux maladies. Dans 1 cas sur 20, il y a eu complication simultanée de chorée et de rhumatisme au cours de la même grossesse. Les statistiques d'Allard montrent qu'un quart des femmes ont présenté de la chorée pendant l'adolescence ou une récidive lors des grossesses ultérieures. D'autre part, la mortalité chez les femmes ayant eu soit une atteinte antérieure de chorée, soit du rhumatisme, est de 7 pour 100, tandis que chez les femmes indemnes de ces affections, la mortalité oscille entre 14 et 19 pour 100, chiffres qu'il est impossible d'expliquer si l'on n'admet pas qu'une atteinte antérieure de chorée ou de rhumatisme ne confère pas une certaine immunité. En outre, chez un tiers des malades on trouve des signes évidents de cardiopathie et dans 87 pour 100 des autopsies des lésions cardiaques. Enfin les altérations histologiques du cerveau qui portent surtout sur le corps strié plaident encore en faveur de l'identité des deux affections. La tendance de la maladie à revêtir une plus grande gravité et à durer davantage quand elle complique la grossesse n'est pas surprenante et est commune à bien des infections survenant pendant la gestation.

Le pronostic de la chorée gravidique est beaucoup moins grave qu'on ne l'a cru jusqu'ici et va s'améliorant: de 25 pour 100 avant 1880, la mortalité est tombée à 13 pour 100 depuis 1900. L'enfant meurt dans 51 pour 100 des cas, le plus souvent du fait de l'accouchement prématuré.

De toutes les thérapeutiques préconisées, la meilleure du point de vue théorique et la plus satisfaisante dans ses résultats consiste dans le repos, l'isolement et une alimentation aussi peu toxique que possible. On peut user des sédatifs nervins (chloral, dérivés barbituriques) et de la morphine, mais avec une grande discrétion.

Dans les cas bénins, il n'y a pas de raison de provoquer l'avortement. Dans les cas graves, les statistiques montrent qu'il n'y a pas d'avantage à intervenir, c'est même plutôt le contraire. Si l'on décide une intervention, il faut recourir à l'accouchement prématuré; on rejetera autant que possible les procédés opératoires qui donnent une mortalité de 50 pour 100. L'intervention est surtout indiquée dans le cas où la maladie s'aggrave progressivement en dépit du traitement; il faudra la pratiquer avant que la fièvre, la leucocytose, les pétéchies ne viennent traduire l'état d'activité et de généralisation de l'infection; si l'on attend trop, on ne fait que hâter l'issue fatale.

P.-L. Marie.

J. Harkavy et **S. Hebald.** ***Association d'asthme d'origine infectieuse et d'arthropathies*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 4, Avril 1932). — Au cours d'une étude sur l'asthme dû à l'hypersensibilité aux infections, H. et H. ont vu survenir chez 9 patients des arthropathies évoluant par crises, de type migrateur, atteignant diverses articulations grandes ou petites et accompagnées de rougeur, de gonflement et de douleur dans les mouvements, mais sans fièvre. Leur durée varia de deux à quatre ans, l'asthme remontant de 6 à 50 ans.

Chez 5 des malades, des foyers infectieux localisés aux sinus ou aux poumons étaient les facteurs étiologiques exclusifs de l'asthme et des arthropathies. Chez 4 malades, à côté de l'infection, on trouvait une hypersensibilité allergique à diverses substances, duvet d'oie, pollens, poussières. La simple suppression de ces allergènes n'eut aucune influence ni sur l'asthme ni sur les arthropathies, tandis que l'évacuation du pus renfermé dans le sinus maxillaire, le traitement de la suppuration des sinus ethmoïdaux et la guérison consécutive du foyer pulmonaire amenèrent la disparition complète des arthropathies chez tous les malades sauf un, les accès d'asthme devenant plus rares et moins intenses dans tous les cas.

Les nombreuses preuves données récemment de l'existence d'une allergie microbienne au cours de maladies infectieuses telles que la scarlatine, le rhumatisme articulaire aigu, la tuberculose, etc., amènent H. et H. à conclure que l'état allergique fait partie du mécanisme immunologique qui accompagne l'infection.

Dans l'asthme consécutif à un foyer chronique d'infection, il est admis que l'allergie microbienne intervient comme facteur pathogénique. Il est très vraisemblable que les arthropathies concomitantes dues au même foyer sont l'expression d'une réaction similaire chez les sujets allergiques chez lesquels les poumons sont le siège primitif du choc, et les articulations le siège secondaire de la réaction allergique.

Dans l'état actuel de nos connaissances, il est très difficile de faire la preuve directe de l'allergie microbienne au moyen des réactions cutanées. L'interprétation de la nature de ce syndrome d'asthme et d'arthropathies s'appuie donc sur des faits cliniques et expérimentaux bien établis ainsi que sur les tableaux cliniques semblables, tels que la maladie du sérum, observés dans le domaine de l'hypersensibilité aux protéines.

P.-L. Marie.

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

W. J. Atwell. ***Relations fonctionnelles entre l'hypophyse et le cerveau*** (*Endocrinology*, tome XVI, n° 3, Mai 1932). — On a souvent considéré dans ces derniers temps la post-hypophyse et la région adjacente de l'hypothalamus comme constituant une unité fonctionnelle. Une telle conception est-elle justifiée?

A. passe d'abord en revue les arguments anatomiques; il précise l'origine et la délimitation des différentes portions de l'hypophyse, et surtout de la portion tubérienne située en grande partie audessus de diaphragme de la selle turcique, incluse dans la pie-mère de l'infundibulum et du tuber cinereum, en contact avec le plancher de l'hypothalamus. Les connexions les plus étroites existent entre le lobe neural et la portion intermédiaire. Les expériences sur les amphibies indiquent que la portion intermédiaire ne peut se développer et se différencier que si ses connexions avec le lobe neural sont maintenues, mais qu'ensuite elle peut fonctionner indépendamment du lobe neural et en particulier exercer son rôle sur la pigmentation. Les travaux récents semblent indiquer l'existence de connexions nerveuses entre les noyaux du diencéphale et le lobe postérieur, et les recherches sur la vascularisation de l'hypophyse montrent la présence d'un système de vaisseaux à disposition portale qui interviendraient dans la régulation de la quantité de la substance colloïde apportée à l'hypothalamus.

Passant aux fonctions des diverses portions de l'hypophyse, A. met en lumière l'état rudimentaire de nos connaissances.

De la portion intermédiaire on ne connaît encore que son rôle à l'égard de la pigmentation, et encore s'agit-il des amphibiens. La fonction du lobe neural est obscure; on ne sait s'il possède une sécrétion propre ou s'il transforme seulement des produits venus de la portion intermédiaire. On ignore le rôle de la portion tubérienne, mais il paraît différent de celui des autres portions de l'hypophyse. Quant aux relations entre l'hypophyse et le cerveau, rien de positif n'a encore été établi permettant d'affirmer qu'il en existe entre eux; on a confondu contiguïté et relations fonctionnelles. Certaines expériences indiquent la participation possible de la portion tubérienne à la production du diabète insipide, le lobe neural ne semblant pas intervenir.

Dans le syndrome de Fröhlich l'obésité est probablement due à des troubles suprasellaires intéressant l'hypothalamus ou la portion tubérienne ou les deux à la fois, tandis que l'infantilisme génital semble bien dû au déficit d'une des hormones du lobe antérieur.

P.-L. Marie.

J. Lerman et **A. J. Brogan.** ***La fonction rénale dans le goitre exophtalmique et le myxœdème*** (*Endocrinology*, tome XVI, n° 3, Mai 1932). — On devrait s'attendre à trouver des différences marquées dans l'activité rénale entre le goitre exophtalmique et le myxœdème par suite des antithèses circulatoires qu'on relève entre ces deux affections : débit cardiaque, vitesse de la circulation, du rythme du pouls, pression sanguine, masse sanguine. De plus, Aub a constaté une excrétion urinaire et fécale du calcium très élevée dans le goitre exophtalmique et abaissée dans le myxœdème, ce qui pourrait être attribué à une différence de perméabilité des membranes d'origine thyroïdienne.

Or les recherches de L. et B., qui ont déterminé la perméabilité rénale au moyen de la phénolsulfonéphtaléine chez 75 basedowiens et 22 myxœdémateux, ne sont pas venues montrer que la perméabilité soit altérée dans ces affections. Ils ont vu que chez les basedowiens, le fonctionnement rénal varie avec l'âge, demeurant plus ou moins constant jusqu'à 50 ans, puis diminuant rapidement après. Le fonctionnement rénal chez les myxœdémateux est légèrement, mais constamment, moins actif que chez les basedowiens à tous les âges, sauf au-dessus de 60 ans. Le fonctionnement rénal semble dans les deux maladies être dans les limites normales. Les légères différences constatées tiennent vraisemblablement au contraste dans les conditions circulatoires.

Il n'y a pas de rapport entre le degré de l'élimination du colorant dans les deux affections et le taux du métabolisme basal ou le degré de l'anémie. On peut trouver une ébauche de relation entre l'élimination de la phénolsulfonephtaléine et la pression sanguine.

P.-L. Marie.

REVUE DE MÉDECINE MILITAIRE
(Béograd)

M. Branovatchki. ***Les indications de l'anesthésie*** (*Revue de Médecine militaire*, tome III, n°s 1-2, 1932). — D'après B., pour l'anesthésie générale, l'emploi du chloroforme pur doit être limité et si possible évité tout à fait. Lorsqu'il n'est pas possible d'appliquer l'anesthésie combinée, l'anesthésie à l'éther reste la méthode de choix. L'avertine présente certains risques et il faut s'en servir avec beaucoup de prudence; elle donne de très bons résultats, employée comme prénarcotique dans l'anesthésie combinée. Le choix des anesthésiques pour la rachianesthésie est difficile. D'après 2.600 observations de B., la tropacocaïne et la syncaïne seraient un peu supérieurs aux autres.

N. Kisthinios.

IATRIKI PROODOS
(Athènes)

Prof. Logothetopoulos. ***Nouvelle méthode opératoire dans les inflammations graves des annexes*** (*Iatriki Proodos*, 15 Février 1932, n° 4). — L. estimant que l'opération vaginale doit être appliquée dans des cas de processus aigus inflammatoires qui atteignent de plans plus élevés du bassin, a inventé une nouvelle méthode opératoire. Elle diffère de celle habituellement employée en ce qu'on ne se borne pas à décoller les tuméfactions annexielles situées à la partie inférieure du bassin, mais on arrive aussi à décoller celles qui se trouvent à la partie supérieure, en faisant entrer les quatre doigts ou même la main entière dans la cavité du bassin. L'entrée de la main devient facile si on enlève les écarteurs du vagin; la taille étendue de Schuchardt et l'enlèvement de l'utérus sont indispensables. La pression de l'abdomen est superflue et même peut-être dangereuse; on procède tout simplement à l'extraction des tuméfactions, déjà séparées des organes voisins par la main qui se trouve dans le bassin, à l'aide des pinces. L'hémostase et la ligature étant souvent impossibles, on emploie la méthode de tamponnement proposée par M. Logothétopoulos (*Grèce Médicale*, 1923, p. 41).

N. Kisthinios.

SPITALUL
(Bucarest)

A. Jiano, C. Enesco et **T. Firica** (Bucarest). ***La rachianesthésie à la percaïne*** (*Spitalul*, tome LII, n° 5, Mai 1932). — Les auteurs ont utilisé la percaïne dans plus de 120 rachianesthésies et lui accordent leur préférence dans les interventions de longue durée et en particulier dans celles qui nécessitent un silence abdominal parfait.

Ils indiquent la dose de 4 à 5 milligr. comme suffisante pour obtenir une bonne anesthésie durable. La dose peut être réduite à 3, voire même à 2 milligr. chez les sujets intoxiqués et chez les choqués. Ils ont même obtenu une anesthésie parfaite avec 2 milligr. à peine injectés entre la IVe et la Ve vertèbre dorsale chez un cachectique sur lequel ils ont pratiqué une résection d'estomac pour ulcère du duodénum.

J., E. et F. ont également employé la percaïne dans les rachianesthésies hautes (cervicales) chez des malades en bon état général et tension maxima au-dessous de 14. La dose de 2 milligr. est suffisante et sans danger.

L'éphédrine et la lobéline constituent de précieux adjuvants et leur utilisation méthodique fait que la rachianesthésie à la percaïne pratiquée à n'importe quel niveau du rachis est exempte de dangers.

Les auteurs recommandent l'injection sous-cutanée de 1 cmc d'éphédrine un quart d'heure avant l'opération, de manière à obtenir une stabilisation prophylactique de la tension artérielle.

M. Guibé.

CLUJUL MÉDICAL
(Cluj, Roumanie)

A. Jancu, **Mme Malevandia-Sorescu** et **L. P. Dariu** (Cluj). ***Traitement diététique des troubles digestifs des nourrissons par la méthode du professeur Moll et le contrôle du pH des selles*** (*Clujul médical*, tome XIII, n° 3, Mars 1932). — Il résulte des recherches des auteurs que le lait d'amandes et le calcium Molke représentent un régime alimentaire excellent de transition ou de stabilisation, car il arrête la baisse du poids des enfands, réduit le nombre des selles et améliore leur qualité. Cette amélioration s'observe du 2e au 7e jour selon la gravité des troubles digestifs. On peut combiner ce traitement avec l'allaitement maternel.

En cas de diarrhée des nourrissons ayant une alimentation maternelle, la substitution, dans 1 ou 2 allaitements, de lait avec 2/3 de calcium a influencé très favorablement l'évolution et accéléré la guérison des diarrhées.

Sous l'influence des régimes, les auteurs ont enregistré des pH suivants des selles.

1° Lait d'amandes : 5,6 à 6,8, moyenne 6,2; 2° Lait d'amandes, + lait de mère ââ 5,2 à 6,8, m. 6,1. Lait d'amande en proportion de 2 à 1 6,4, de 5 à 1 9,4; 3° Lait maternel: 4,8 à 5,2, m. 5; 4° Lait maternel + babeurre 3 pour 100 sucre et 3 pour 100 de farine dans la proportion de 3 à 1, 5,6; 5° Babeurre avec 3 pour 100 de sucre et 3 pour 100 de farine 6,4; 6° Lait d'amandes + pudding Moll de biscuit ââ 7,0; 7° Pudding Moll : 6,4 à 7,7. m. 6,8; 8° Pudding de riz sec: 5,4 à 6,6, m. 6,2; 9° Kasbrei Moll : 6,2 à 8,2, m. 6,7; 10° Pudding de foie: 5,8 à 7,6, m. 6,4.

M. Guibé.

Od. Apostol (Cluj). ***Une nouvelle réaction colloïdale pour dépister la syphilis; la réaction d'Urechia-Retezeanu*** (*Clujul médical*, tome XIII, n° 3, Mars 1932). — La réaction d'Urechia-Retezeanu, présentée en Juillet 1931 à la Société de Biologie de Cluj et basée sur l'action sur le plasma d'une solution alcoolique d'écarlate, est une réaction fort simple, pratique, qui peut être exécutée par n'importe quel praticien.

Elle est très sensible dans l'hérédo-syphilis et la syphilis latente; là où la réaction de Wassermann est négative, la R.U.R. est positive dans la plupart des cas.

L'auteur croit cette réaction appelée à remplacer la réaction de Wassermann.

M. Guibé.

Quel problème angoissant que prescrire lorsque tout a échoué !

Essayez une fois contre
Toux, Rhumes, Bronchites, Tuberculose

Les CAPSULES KUCHNER

AU MECAPTOL

vous serez surpris de leur efficacité exceptionnelle.

Calment instantanément, sans fatiguer l'estomac.

Elles font merveille contre les Toux opiniâtres et rebelles ; elles agissent dans les cas où sirops et traitements habituels se montrent impuissants.

Prix au public : 12 francs.

Laboratoire HINGLAIS, à Épernay (Marne)

Littérature — Échantillons

Vers Intestinaux

Traitement spécifique

Inoffensif et **Sûr**

des Ascaris, Trichocéphale, Oxyures, Anguillule Ankylostome, par le

CHÉNANTHOL

Seule présentation officinale, parfaite et définitive, de l'Essence pure de Chénopode

(EMPLOYÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS ET PAR LE SERVICE DE SANTÉ DES COLONIES)

Chirurgiens, recherchez les Vers Intestinaux !
Vous serez surpris du nombre de cas où un vermifuge approprié fera disparaître des troubles aussi variés que rebelles.
(G. Léo : *Société des Chirurgiens de Paris.*)

On donne : *Une capsule de* **Chénanthol** *par 3 années d'âge. Maximum 6 capsules par deux à la fois. Purge saline ensuite. Alimentation légère la veille.* **Diète absolue** pendant le traitement.

LITTÉRATURE :

Laboratoire L. HINGLAIS, Épernay (Marne)

Un traitement simple, efficace et sans danger du Parasitisme intestinal

(*Académie de Médecine, 20 octobre 1931*) — (*Académie de Médecine, 15 décembre 1931*)
(*Societé de Thérapeutique, 13 janvier 1932*)

LE VERMOSOL

prèparé avec les PYRÉTHRINES de la Société des VERMÈNES

Inoffensif, agit sûrement, sans aucune précaution spéciale

Deux faits essentiels dominent toute la pharmacologie des PYRÉTHRINES : leur innocuité absolue pour les porteurs de parasites, et leur grande fragilité.

Depuis les travaux de STAUDINGER et RUZICKA, on sait que les PYRÉTHRINES, extraites du *Chrysanthème insecticide*, ont une toxicité considérable pour les parasites et les êtres a sang froid en général; tandis que, même à forte dose, elles ne provoquent aucun trouble chez les êtres à sang chaud. Ces conditions réalisent le vermicide idéal et inoffensif que l'on peut recommander sans aucune crainte jusque dans la première enfance.

Mais pour que les PYRÉTHRINES donnent des résultats constants, il convient de les doser rigoureusement, chose difficile jusqu'ici, et d'empêcher leur désagrégation trop rapide au contact des sucs intestinaux.

Le **Vermosol** réalise ce double but.

Les PYRETHRINES qui le composent sont titrées sur les Helminthes eux-mêmes par une méthode physiologique toute nouvelle (Acad. Med., 20 octobre 1931).

De plus, une glutinisation particulière, étudiée radiologiquement (Acad Méd., 15 décembre 1931 ; Soc. Thérapeutique, 13 janvier 1932), permet au **Vermosol** de se désagréger progressivement dans l'estomac et l'intestin. Des PYRETHRINES intactes, ayant gardé tout leur pouvoir vermicide, se trouvent donc libérées, à tous les niveaux du tractus digestif.

Le **Vermosol** donne des résultats constants.

Il agit sur tous les parasites intestinaux quelle que soit leur localisation.

INDICATIONS

Tous les cas d'helminthiase ou de lambliase reconnus.

Tous les accidents secondaires du parasitisme intestinal, même sans parasites visibles, en particulier les troubles vagues de la nutrition et du caractère qui, chez l'enfant, sont dus si souvent aux parasites (Acad. de Méd., 15 décembre 1931).

AUCUNE CONTRE-INDICATION

FORME

Granulé à prendre le matin à jeun (1 h 1/2 avant le petit déjeuner), avaler sans mâcher à l'aide d'une petite quantité de confiture ou de miel.

POSOLOGIE. *ASCARIS, OXYURES, TRICHOCÉPHALES, ANKYLOSTOMES, ANGUILLULES, LAMBLIAS.*

1 cuillerée à café le matin à jeun pendant 10 jours (1 h. 1/2 avant le petit déjeuner), aucune précaution d'ordre diététique.

TÆNIA. La veille du traitement, laxatif et diète lactée. Ensuite, 2 cuillerées à café le matin à jeun pendant 5 jours, et régime alimentaire normal le reste de la journée; purgation indifféremment saline ou huileuse le 5e jour, 3 heures après la dernière absorption de granulés **Vermosol**.

Ce traitement peut toujours être renouvelé sans aucun inconvénient.

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE : **LABORATOIRES O. GAUDIN, 46, rue du Bac, ASNIÈRES (Seine)**

REVUE DES JOURNAUX

LE NOURRISSON
(Paris)

A. B. Marfan. ***Sur les complications nerveuses de la varicelle*** (*Le Nourrisson*, XXe année, n° 4, Juillet 1932). — En 1893, M. a publié la première observation de poliomyélite ayant succédé à une varicelle. Il s'agissait d'une fillette de 9 mois, qui à la fin d'une varicelle assez sévère, présenta brusquement une paralysie flasque du membre supérieur gauche avec abolition des réflexes.

En 1898, M. publie une nouvelle observation d'une fillette de 22 mois qui, au déclin d'une varicelle assez sévère, présenta des convulsions suivies d'une ophtalmoplégie nucléaire externe typique. La guérison complète survint en quelques semaines.

Les complications nerveuses de la varicelle semblent être devenues plus fréquentes en ces dernières années. Elles sont très polymorphes. Le virus varicelleux se localise le plus souvent sur la substance grise motrice, mais il peut déterminer des méningites et des névrites.

La localisation du virus varicelleux sur les centres est elle-même variable; mais ce virus atteint particulièrement certaines parties du névraxe: les noyaux centraux, le cervelet, le bulbe, les cornes antérieures de la moelle, déterminant tantôt le tableau clinique de l'encéphalite épidémique, tantôt des symptômes ataxiques, tantôt des paralysies bulbaires, tantôt des syndromes poliomyélitiques.

L'atteinte poliomyélitique de la varicelle est presque toujours légère et curable. Elle est parfois très atténuée, se manifestant seulement par une certaine faiblesse d'un membre inférieur disparaissant en quelques mois, et peut passer inaperçue.

M. signale en terminant que la varicelle peut frapper d'anciens poliomyélitiques, ce qui exclut l'identité entre les deux virus varicelleux et poliomyélitique.

G. Schreiber.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILOGRAPHIE
(Paris)

Nicolau et **Blumental.** ***Recherches bactériologiques et expérimentales sur la tuberculose cutanée*** (*Annales de dermatologie*, tome III, n° 6, Juin 1932. — L'ensemencement du produit pathologique provenant de diverses formes de tuberculose cutanée, pratiqué suivant la méthode de Löwenstein, a permis de cultiver le bacille tuberculeux 10 fois sur les 18 cas examinés (55,5 pour 100). N. et B. obtinrent 6 cultures positives sur 8 cas de lupus tuberculeux, 2 cas positifs sur 3 tuberculoses verruqueuses, 3 cas positifs sur 7 gommes tuberculeuses. Dans les 8 cas où l'ensemencement du matériel humain est resté sans résultat, les cultures furent quand même obtenues, en utilisant des produits pathologiques d'inoculation expérimentale.

N. et B. considèrent la méthode de Löwenstein comme le moyen le plus sûr pour isoler le bacille tuberculeux des lésions cutanées; l'acide sulfurique joue un rôle important dans cette méthode. Sur les 3 milieux nutritifs de Petragnani, Lubenau et Petrof, c'est celui de Petragnani qui se montra le plus favorable.

Comme type parasitaire, on isola des lésions humaines, 8 fois le type humain et 2 fois le type aviaire.

Les inoculations pratiquées sur le cobaye par insertion, en poche, sous la peau abdominale d'un fragment de tissu frais, ont provoqué 16 fois sur 17 expériences, la mort de l'animal par tuberculinisation; dans 14 cas, il s'agissait de tuberculose viscérale généralisée et 2 fois de tuberculose ganglionnaire multiple. Dans la plupart des cas, il n'existait pas de réaction au point d'inoculation.

L'inoculation de filtrat préparé avec les lésions de 17 malades resta 13 fois sans effet chez le cobaye. Dans 3 cas seulement, l'inoculation du filtrat donna des résultats positifs dès la première inoculation. Le frottis des ganglions péribronchiques hypertrophiés montra la présence de bacilles acido-résistants, parfois d'apparence granuleuse.

R. Burnier.

Bizzozero. ***Le phénomène de Koebner dans le psoriasis*** (*Annales de dermatologie*, tome III, n° 6, Juin 1932). — On sait que sur la peau en apparence normale d'un sujet atteint de psoriasis en période évolutive, l'application d'excitants physiques, chimiques ou mécaniques détermine souvent dans la zone correspondante une efflorescence psoriasique: c'est le phénomène de Kobner.

B. a étudié le mode d'apparition de ce phénomène. Il a constaté que pour qu'une lésion de psoriasis factice se produise, il est nécessaire que l'excitation agisse sur la couche papillaire. Ces lésions n'apparaissent pas toujours chez le même individu avec une égale période d'incubation; celle-ci peut varier de plusieurs jours. Dans certains cas, les lésions provoquées restent frustes, ne possédant qu'en partie les caractères de la lésion psoriasique.

Chez certains sujets, les lésions psoriasiques tendent à guérir au centre et à progresser d'une manière centrifuge (zone d'immunité locale); dans des cas, il existe ordinairement un état réfractaire au phénomène de Koebner, total ou partiel, qui se révèle respectivement par l'impossibilité de provoquer des lésions de psoriasis factice, ou par l'apparition de rares et petites lésions après une période d'incubation notablement plus longue comparativement à la peau voisine.

Les taches pigmentées, résidus de lésions psoriasiques, sont souvent plus ou moins réfractaires au phénomène de Koebner; cet état réfractaire n'a cependant pas une durée illimitée.

Les zones de résolution des plaques psoriasiques sont habituellement le siège non pas seulement d'une hypo-anergie vis-à-vis du phénomène de Koebner, mais encore d'une hypo-anergie vis-à-vis de différents excitants: chrysarobine, tuberculine, vaccins staphylococciques, suspensions de feuilles d'eucalyptus, adrénaline, morphine.

R. Burnier.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

Mario Agrifoglio (Gênes). ***Contribution à l'étude des sténoses chroniques du duodénum par périviscérite*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, tome XXXI, n° 1, Janvier 1932. — Cette étude d'ensemble fait état des nombreuses publications récentes sur la question des périduodénites, dont elle fait l'exposé détaillé; 22 observations personnelles illustrent et confirment cet exposé.

5 de ces observations ont trait à des péritonites essentielles, l'absence de toute lésion pariétale organique étant confirmée cliniquement, radiologiquement et opératoirement. L'intervention curatrice consista deux fois en une gastro-entérostomie postérieure, trois fois en une simple libération des adhérences sans péritonisation ni épiplooplastie complémentaire.

13 autres observations ont trait à des périduodénites secondaires à des ulcérations gastriques ou duodénales dont la symptomatologie d'abord typique s'était progressivement modifiée. Dans tous les cas, A. pratiqua une gastro-entérostomie postérieure à laquelle fut associée trois fois une libération des adhérences périduodénales.

Les quatre dernières observations ont trait à des périduodénites secondaires à une appendicite. A l'appendicectomie fut associée trois fois une duodéno-lyse, et une fois une dérivation complexe (gastro-entérostomie et duodéno-jéjunostomie; résultat excellent confirmé six mois plus tard).

André Guibal.

Gino Pieri (Bellune). ***Contribution à la chirurgie du système nerveux végétatif. — V. Le traitement de l'hyperidrose*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, tome XXXI, n° 2, Février 1932. — P. résume nos connaissances actuelles sur les relations entre le système sympathique et la sécrétion sudorale et rapporte ses observations personnelles, au cours de nombreuses interventions, sur ce sujet. Il expose 5 cas d'hyperidrose observés et traités par lui et appartenant, suivant sa classification, aux hyperidroses symptomatiques (1 cas; membres inférieurs), idiopathiques (1 cas; moitié de la face) et fonctionnelles (3 cas; pieds).

Le traitement chirurgical trouve une indication absolue dans les cas où l'hyperidrose par son intensité, sa localisation, sa fétidité, ses conséquences cutanées constitue une véritable infirmité; et une indication relative dans les cas où une intervention entreprise pour un autre motif donne accès aux voies sympathiques sur lesquelles on veut agir.

L'intervention peut consister en: *a*) section des rameaux communicants (seuls cas d'hyperidrose très circonscrite); *b*) résection du ganglion caténaire (seuls cas où des phénomènes dystrophiques et douloureux s'associent à l'hypersudation); *c*) interruption des voies sympathiques sudorales entre les centres médullaires et les centres ganglionnaires, au niveau des rameaux internodaux, au point de convergence des fibres destinées aux territoires en hypersudation.

Précisant l'intervention suivant la région atteinte, P. indique:

Pour la face, section du nerf carotidien ou du prolongement supérieur du premier ganglion sympathique cervical.

Pour la face et le cou, section du cordon entre les ganglions cervicaux supérieur et moyen.

Pour le membre supérieur, section du cordon au pôle inférieur du ganglion étoilé. Si l'hyperidrose occupe tout le membre, section à la hauteur des 3e et 4e vertèbres dorsales.

Pour le tronc, résection des rameaux communicants des racines correspondant avec métamères sensitifs.

Pour le membre inférieur, par voie transpéritonéale, section du cordon sympathique lombaire qui sera faite, s'il s'agit seulement de la jambe et du pied, entre la 2e et la 3e lombaires; et, s'il s'agit seulement du pied, entre la 4e et la 5e.

André Guibal.

Alessandro Bich (Turin). ***Contribution expérimentale à la physiopathologie articulaire. Influence des facteurs « traumatisme » et « acidose » dans la production de l'arthrite déformante*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, tome XXXI, n° 3, Mars 1932. — B. a repris les expériences de Seeliger (1926) et de Pescatori (1931) sur les rapports entre l'acidose locale de la cavité articulaire (liquide synovial) et la formation des altérations osseuses caractéristiques de l'arthrite déformante. Son expérimentation a porté sur des lapins.

Dans un premier groupe d'expériences, il a pro-


BISMUTH
TULASNE
PANSEMENT GASTRO-INTESTINAL AU SOUS-NITRATE DE BISMUTH
PUR ET POLYBASIQUE
LABORATOIRES BOUILLET, 48, BOULEVARD DES BATIGNOLLES, PARIS

voqué un traumatisme (distorsion-luxation) du genou; vingt-quatre heures après, il a injecté dans cette articulation (l'articulation homologue, traumatisée, mais non injectée, servant de contrôle) un demi-centimètre cube d'une solution d'acide chlorhydrique à pH assez bas (2,0). Les articulations ont été, après une durée d'expérience variant de quatorze à quinze jours, examinées radiographiquement, anatomiquement et histologiquement: on n'a constaté que la présence de zones de nécrose sur le cartilage d'encroûtement du fémur, d'autant plus accusée que les injections avaient été plus nombreuses. A longue échéance, on a constaté en outre un léger abaissement du pH du liquide synovial.

Dans un second groupe d'expériences, après un traumatisme identique, il a pratiqué des injections d'une solution régulatrice à pH = 5,0 (phtalate acide de potassium) pendant six semaines. Les examens radiologique, anatomique et histologique ont montré de notables déformations des extrémités articulaires, semblables à celles observées dans l'arthrite déformante: imbibition du tissu cartilagineux, zones de nécrose, vaste et profonde usure du cartilage de revêtement. En peu de temps, le pH a subi un abaissement durable et notable.

Dans un troisième groupe d'expériences, qui est resté négatif, il n'y a pas eu traumatisme, mais seulement injection d'une solution régulatrice à pH = 9,0.

Ces résultats sont en faveur de la production possible, chez l'animal, par des liquides régulateurs à pH bas, des déformations semblables à celles décrites dans l'arthrite déformante de l'homme.

B. en rapproche les observations cliniques qu'il a pu faire dans les épanchements aigus après distorsions articulaires et dans les hydarthroses récidivantes. Dans les épanchements traumatiques, la valeur la plus basse du pH a été 7,0. Dans un cas de lésion méniscale ancienne, la réserve alcaline était de 72 pour 100; quatre jours après méniscectomie, elle était de 86,2 pour 100 et revenait à 72 pour 100 six jours plus tard. Dans le même temps, la réserve alcaline du sang était de 68,1. Le chiffre plus élevé des valeurs alcalines dans la cavité articulaire peut être en faveur d'un état d'acidose compensé. — Dans un autre épanchement aigu, la réserve alcaline était de 81,5; dans deux épanchements post-grippaux, elle était de 57,6 et 48,1. — On pourrait admettre, en clinique, un abaissement subit du pH ou une modification de la composition du liquide synovial causant la nécrose et l'imbibition du cartilage; il faut en outre faire une part aux altérations de la capsule modifiant la perméabilité de la synoviale et pouvant contribuer à l'abaissement du ph.

André Guibal.

Ludovico Docimo (Parme). ***Essais de traitement pepsinique de l'ulcère jéjunal post-opératoire. Recherches expérimentales sur le pouvoir antiseptique du sérum sanguin*** (*Archivio italiano di Chirurgie*, tome XXXI, n° 4, Avril 1932. — D. rapporte 2 cas d'ulcère peptique post-opératoire consécutifs l'un à une antrectomie, l'autre à une gastro-entérostomie au bouton (non éliminé spontanément). Les malades, refusant une nouvelle intervention, furent soumis au traitement pepsinique conseillé par Lœper pour l'ulcère gastrique (deux séries de 15 injections intramusculaires de 2 cme de la solution à 5 pour 100). Les résultats furent nuls.

Après avoir recherché l'explication de l'heureuse influence de la cure pepsinique sur le traitement de l'ulcère gastrique, D., concluant que le sérum sanguin possède un pouvoir antipeptique basé sur divers facteurs dont certains encore inconnus, expose les résultats de ses recherches: chez ses 2 malades, et en même temps chez 6 lapins, il a mesuré l'index antipeptique et observé les modifications éventuelles de cet index consécutivement à la cure pepsinique. Dans l'ensemble, après administration de pepsine par voie parentérale, le pouvoir antipeptique du sérum sanguin, mesuré par la méthode de Oguro, a subi une augmentation persistante pendant un certain temps et tendant ensuite à disparaître; l'augmentation est le plus souvent modérée et décroît après une première période de traitement, sans augmentation nouvelle ultérieure. On ne peut dire si l'augmentation constatée est en rapport avec l'augmentation dans le sérum d'antiferments spéciaux, ou avec des modifications sériques influant sur la digestion protéinique, ou avec des variations physico-chimiques du sérum de nature colloïdo-classiques.

En ce qui concerne le traitement de l'ulcère peptique post-opératoire on ne peut que conclure à l'absence d'action favorable de la pepsine sur l'évolution de la maladie.

André Guibal.

ARCHIVIO DI SCIENZE BIOLOGICHE (Bologne)

P. di Mattei. ***Sur l'existence éventuelle de vitamine endogène dans l'organisme animal*** (*Archivio di scienze biologiche*, tome XVI, n° 6, Décembre 1931). — L'urine de poulets maintenus pendant sept mois à un régime sans vitamine C est capable de produire une amélioration très accentuée et une longue survie chez les cobayes rendus moribonds par une avitaminose C; l'urine de lapins depuis plus de trois mois à un régime sans vitamine B, a le même effet sur les pigeons souffrant de carence B; les urines se comportent donc comme si elles renfermaient la vitamine en cause et une élimination aussi prolongée est en faveur de l'origine endogène et non exogène de la vitamine. Le lapin et le poulet éliminent justement la vitamine qui ne paraît pas leur être nécessaire, si bien que la carence que l'on croit réaliser chez eux, en les privant de cette vitamine, n'est qu'une carence apparente. Les extraits de foie et de rein de lapin et de poulet ont la même action que leurs urines; par contre, les muscles, le cerveau, l'intestin ne renferment pas de vitamine. Il paraît difficile de faire apparaître chez un animal la capacité de formation endogène de vitamine; en tous cas, les pigeons et les cobayes, après une longue période d'avitaminose partielle, résistent moins que les témoins à une carence stricte.

L. Rouquès.

ENDOCRINOLOGIA E PATOLOGIA COSTITUZIONALE (Bologna)

N. Candela. ***La réaction d'Ascheim-Zondek avec les urines des acromégales*** (*Endocrinologia e Patologia costituzionale*, tome VI, n° 6, Décembre 1931). — Pour essayer de résoudre le problème si controversé de l'origine pré-hypophysaire ou placentaire des hormones qui interviennent dans la réaction d'Ascheim et Zondek, C. a fait cette réaction avec les urines d'un homme et d'une femme acromégales; l'acromégalie relevant d'un adénome pré-hypophysaire, les urines des acromégales devraient donner une réaction fortement positive si les hormones en jeu sont bien d'origine hypophysaire. Les résultats vérifiés par l'examen histologique des ovaires des souris ont été nuls avec les urines de l'homme, positifs à certains des examens avec celles de la femme.

On sait que des réactions positives ont été obtenues avec des fragments de tissu placentaire ou de chorio-épithéliome et avec des extraits de préhypophyse de femme non gravide ou d'homme. Pour expliquer ces faits contradictoires, C. admet que la réaction est due chez les femmes enceintes à l'activité sécrétrice des éléments syncitiaux du placenta et chez les femmes non gravides et chez les acromégales aux sécrétions de certaines cellules de l'hypophyse, les « Kernhaufen », éléments pseudo-syncitiaux proches des cellules placentaires.

L. Rouquès.

GIORNALE DI CLINICA MEDICA (Parme)

P. Guizzetti. ***Recherches histologiques sur l'hypophyse dans l'encéphalite léthargique aiguë et chronique*** (*Giornale di Clinica medica*, tome XII, n° 6, 30 Avril 1932). — A la phase aiguë de l'encéphalite léthargique, la localisation du processus inflammatoire sur le lobe nerveux de l'hypophyse est exceptionnelle, puisque G. est le seul à l'avoir observée et cela dans un cas seulement; l'hyperémie simple, banale au cours de tous les états congestifs de l'encéphale, et les hémorragies ne permettent pas de conclure à l'existence d'une inflammation; dans le cas de G., les lésions inflammatoires, par leurs éléments et leur distribution, rappelaient tout à fait celles du système nerveux central.

Dans l'encéphalite chronique, l'hypophyse est en général normale; sur 5 cas, G. l'a trouvée 3 fois normale; dans un cas, il y avait un épaississement du tissu conjonctif périvasculaire du lobe antérieur, qui ne paraissait pas attribuable à l'encéphalite; dans le dernier cas, on constatait deux petits foyers inflammatoires résiduels dans le lobe nerveux, mais trop peu étendus pour être rendus responsables de l'adiposité que la malade présentait.

L. Rouquès.

ANNALI D'IGIENE (Rome)

G. Sanarelli. ***Pourquoi ne réussit-on pas toujours à mettre en évidence l'ultravirus tuberculeux ?*** (*revue critique*) [*Annali d'Igiene*, tome XLII, n° 1, Janvier 1932]. — S. examine dans cette sévère revue critique, les arguments des auteurs qui nient l'existence de l'ultra-virus tuberculeux, Petragnani, Cooper et Petroff, L. Lange, G. W. Schmidt, etc. Après avoir souligné « l'excessive désinvolture expérimentale » de certains d'entre eux et montré qu'ils se sont comportés comme des « expérimentateurs distraits et hâtifs », il conclut que leurs recherches trop peu nombreuses et trop mal conduites ne justifient nullement leurs conclusions négatives. La mise en évidence de l'ultra-virus tuberculeux nécessite une technique très précise qui n'est à la portée que des bactériologistes compétents.

L. Rouquès.

G. Sanarelli et **A. Alessandrini.** ***L'ultrafiltration des bactéries pathogènes : l'ultra-virus typho-paratyphique*** (*Annali d'Igiene*, tome XLII, n° 2, Février 1932). — Les bacilles typhique et paratyphique donnent naissance *in vitro* et *in vivo*, comme le bacille de Koch, à un ultra-virus susceptible de traverser facilement les ultra-filtres de collodion. Cet ultra-virus représente une phase biologiquement atténuée ou immature de la souche bacillaire d'origine, qui n'est pas toujours cultivable *in vitro*. Quelques passages *in vivo* et *in vitro* suffisent pour faire reprendre aux formes bacillaires primordiales dérivées des éléments invisibles de l'ultra-virus, les propriétés antigéniques et pathogènes de la souche.

La recherche de la virulence des cultures déri-

vées de l'ultra-virus typhique ne peut donner de résultats décisifs en raison du pouvoir pathogène faible et inconstant du bacille d'Eberth; mais S. et A. ont pu faire cette étude avec une souche spéciale de paratyphique, le bacille ictéroïde, qui présente une virulence fixe et considérable. Après inclusion de ce bacille en sac de collodion dans le péritoine du lapin, l'ultra-virus qui passe à travers les parois, peut récupérer sa virulence originelle dans les tissus de l'animal et donner la septicémie normale, mais, plus souvent, il ne provoque qu'un état morbide atténué et de longue durée, qui finit par guérir et dont la véritable nature est démontrée par l'apparition dans le sérum d'un taux très élevé d'agglutinines pour le bacille ictéroïde.

L. Rouquès.

G. Sanarelli et **A. Alessandrini.** ***Etudes sur l'ultra-virus tuberculeux*** (*Annali d'Igiene*, tome XLII, n° 3, Mars 1932). — Des parois de sac de collodion contenant des bacilles tuberculeux et placés dans le péritoine de cobayes, filtre un ultra-virus qui tue toujours l'animal au bout d'un temps plus ou moins court. A l'autopsie, on trouve dans la règle les lésions de la tuberculose type Calmette-Valtis avec des éléments acido-résistants, mais sans tubercules; parfois, il n'y a ni éléments acido-résistants, ni altérations anatomiques imputables au virus tuberculeux et ce n'est qu'après des passages en série sur le cobaye, que l'apparition des bacilles acido-résistants et des tubercules, vers le 2e ou le 3e passage, démontre la nature spécifique du processus cause de la mort.

A travers les parois du sac de collodion, il ne filtre jamais de bacilles et par passage du même sac bacillifère de péritoine à péritoine, on peut exalter la virulence de l'ultra-virus sans qu'il devienne jamais capable de produire d'emblée des tubercules; quelle que soit la durée de la survie du cobaye infecté par l'ultra-virus, il ne se forme pas de tubercule, ce qui démontre que la mort du cobaye n'est pas due au passage de quelques bacilles à travers une fissure du sac; d'ailleurs, les infections pauci-bacillaires produisent toujours la tuberculose type Villemin.

L'ultra-virus et les formes bacillaires primordiales même déjà acido-résistantes n'ont qu'un pouvoir pathogène atténué et n'infectent le cobaye que par inoculation massive et répétée; leur culture est difficile, même après 4 passages sur l'animal et ce n'est qu'exceptionnellement que S. et A. ont obtenu des cultures à partir du 2e ou du 3e passage. Les colonies n'apparaissent qu'après une longue incubation et se développent très lentement, car l'ultra-virus est biologiquement débile et n'a pas encore acquis toute son activité enzymatique et par suite, son pouvoir de proliférer.

L. Rouquès.

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE
(Turin)

D. Barbieri. ***Recherches sur les greffes de moelle osseuse*** (*Archivio per le Scienze Mediche*, tome LV, n° 12, Décembre 1931). — Les expériences de B. faites sur de jeunes lapins prouvent que les greffes de moelle osseuse dans divers organes comme le rein et la rate, provoquent le développement d'un tissu ayant tous les caractères d'un os jeune de nouvelle formation. Le pourcentage des succès est beaucoup plus élevé avec les greffes autoplastiques qu'avec les greffes homoplastiques. La fonction ostéogénétique des greffes de moelle osseuse est indiscutable et les nombreux résultats négatifs signalés tiennent à une mauvaise technique ou au choix d'organes hôtes mal adaptés. Le tissu osseux ne provient pas d'une ossification hétérotypique, car sa formation est trop rapide et n'est pas précédée par la dégénération du tissu hôte avec formation de tissu conjonctif et dépôt de sels calcaires.

B. est encore incapable de préciser si le tissu hôte joue un rôle dans la production de l'os et quels sont les éléments de la greffe qui interviennent. L'hypothèse la plus vraisemblable est celle de Donati qui admet que l'os est formé par la partie périphérique de la moelle et spécialement par les éléments de la zone périmédullaire.

L. Rouquès.

A. Cionini. ***Recherches sur l'importance du contenu du sérum en protéines pour la pathogénie des œdèmes*** (*Archivio per le Scienze Mediche*, tome LVI, n° 1, Janvier 1932). — Dans les néphrites avec œdèmes, la pression osmotique des protéines est toujours très diminuée par suite de l'hypoprotéinémie et de la baisse ou de l'inversion du quotient sérine sur globuline; dans les néphrites sans œdèmes, la pression osmotique est le plus souvent normale. Chez les cardiaques décompensés avec gros œdèmes, la pression osmotique est habituellement un peu diminuée, l'hypoprotéinémie légère et le quotient diminué ou inversé; chez les cardiaques décompensés avec petits œdèmes, la pression osmotique reste dans les valeurs normales inférieures ou est très faiblement diminuée; chez les cardiaques décompensés sans œdèmes, la pression osmotique est normale. Dans les anémies cryptogénétiques ou secondaires, avec ou sans œdèmes, la pression osmotique est en général assez basse, en raison de l'hypoprotéinémie souvent très marquée et parfois aussi des modifications du quotient. Chez les hépatiques avec œdèmes et ascite, la pression osmotique est toujours très diminuée par suite de l'inversion habituelle du quotient et parfois aussi de l'hypoprotéinémie légère; chez les hépatiques sans œdèmes ni ascite, la pression osmotique est rarement diminuée, le plus souvent normale.

Ces résultats montrent que la baisse de la pression osmotique du sérum doit être très probablement une condition nécessaire de la formation des œdèmes, puisqu'elle existe presque toujours en pareil cas; mais elle n'en est pas une condition suffisante, car certains malades dépourvus d'œdèmes la présentent très nettement.

L. Rouquès.

G. Dominici et **G. Oliva.** ***Le métabolisme de l'hémoglobine dans l'anémie pernicieuse au cours du traitement organothérapique*** (*Archivio per le Scienze Mediche*, tome LVI, n° 2, Février 1932). — D. et O. ont étudié le métabolisme de l'hémoglobine dans 8 cas d'anémie pernicieuse traités par l'organothérapie. Avant le traitement, l'élimination des dérivés hémoglobiniques est en général élevée en valeur absolue comme en valeur relative, si l'on tient compte de la diminution de l'hémoglobine du sang déterminée par l'hémométrie; l'augmentation porte sur l'urobiline et la stercobiline, mais surtout sur la dernière; les éliminations les plus fortes s'observent dans les cas où l'hémoglobine et le nombre des globules rouges ont les valeurs les plus grandes; il n'y a aucun rapport entre l'importance de l'élimination et la bilirubinémie.

Sous l'influence de l'organothérapie et principalement de la cure de foie frais, l'élimination est stationnaire ou s'exagère un peu dans une première période; puis, habituellement du 10e au 16e jour après le début de la cure, elle diminue chez certains malades jusqu'à la normale, restant chez d'autres aussi ou plus élevée qu'avant le traitement; l'élimination est en général accrue lorsque l'action thérapeutique est faible ou nulle (ingestion d'estomac, injections d'amino-acides); lorsque l'élimination est diminuée, la baisse intéresse surtout la stercobiline. Ultérieurement, l'élimination présente une nouvelle augmentation qui porte alors avant tout sur l'urobiline. La diminution de l'élimination est toujours précédée par la crise réticulocytaire, l'élévation de l'hémoglobine et des globules rouges. Lorsque la bilirubinémie était élevée avant le traitement, elle revient à la normale au moment de la crise réticulocytaire.

D. et O. pensent que l'amélioration produite par l'organothérapie ne relève probablement pas d'une inhibition de l'hémolyse, mais d'une action sur la moelle osseuse. L'anémie pernicieuse dépend d'une altération de la moelle osseuse plus que d'une hyperhémolyse.

L. Rouquès.

SPITALUL
(Bucarest)

D. Paulian et **I. Bistriceano.** ***Les vomissements en pathologie nerveuse*** (*Spitalul*, n° 3, Mars 1932). — Toutes les affections cérébrales, déterminant une élévation de la tension intra-cranienne peuvent s'accompagner de vomissements. Surtout les *tumeurs* et les *états de commotion* cérébrale. L'origine dans ces affections est mésencéphalique, dans les noyaux bulbaires du pneumogastrique. Chez l'enfant, on observe l'apparition des vomissements, dans la période d'invasion de *certaines infections*, en même temps que la céphalée et la somnolence. Les accès de vomissements cérébraux sont expliqués dans ces cas par l'action des toxines, des hétéro-albumines.

On connaît aussi la fréquence des vomissements dans les *anémies cérébrales, migraines, urémie.*

La fréquence des vomissements au cours des *accidents à type hystérique* nous montre la part psychique dans l'apparition du phénomène.

Les vomissements sont d'apparition inconstante, dans le *tabès;* c'est que l'hypersympathicotonie l'emporte fréquemment sur l'hypervagotonie.

Enfin chez certains sujets nerveux les vomissements revêtent les caractères d'une *névrose à type végétatif pur;* les causes occasionnelles peuvent être insignifiantes. Après avoir commencé par quelques notions sur les voies réflexes des vomissements et leur mécanisme physio-pathologique, P. et B. concluent par quelques indications thérapeutiques: belladone, atropine, adrénaline, agents physiques, enfin traitement psychothérapique (psychanalytique) des névroses végétatives.

Henri Krauter.

ROMANIA MEDICALA
(Bucarest)

S. Sfintesco. ***Radiothérapie de la syringomyélie*** (*Romania Medicala*, année X, n° 10, 15 Mai 1932). — Après avoir rappelé quelques notions cliniques et le lipiodolodiagnostic de la syringomyélie, S fait l'historique du traitement.

Le premier cas traité par les rayons X date de 1905 (Raymond, Oberthier, Delherm); on constata une amélioration notable des troubles sensitifs et trophiques.

Le pronostic de cette affection est sévère; la radiothérapie serait le seul moyen de traitement, capable d'arrêter l'évolution ou d'améliorer, atrophies musculaires, troubles parétiques, etc. Ossinsky et Guisé (Leningrad), préconisent le traitement, dans les stades même avancés de la maladie. Si la technique varie suivant les auteurs, on constate dans toutes les observations l'amélioration des troubles subjectifs. On note aussi un nombre de cas où les troubles objectifs furent sensiblement influencés. Dans les cas favorables, les troubles de la *sensibilité douloureuse* (fourmillements, piqûres, brûlures) s'atténuent jusqu'à la disparition totale.

Les *troubles vaso-moteurs et trophiques* des téguments sont améliorés.

Bourguignon a constaté, dès 1912, la rétrocession

de la réaction de dégénérescence, dans certains cas.

Les phénomènes parétiques diminuent, les malades marchent mieux, et acquièrent plus de souplesse dans leurs mouvements. La spasticité musculaire diminue, la force s'accroît; seule la thermo-anesthésie n'est pas améliorée.

On n'a jamais eu une guérison clinique complète.

En conclusion, quatre règles de conduite à tenir:

1° Les cas les mieux influencés sont les cas récents (Béclère).

2° Éviter les rayons pénétrants à doses trop fortes pour ne pas provoquer de congestions œdémateuses.

3° Même si l'on fait le diagnostic topographique par le lipiodol, il faudra irradier au delà des limites.

4° Protéger au maximum les téguments par une filtration adéquate et multiplier les champs d'irradiation.

HENRI KRAUTER.

L. Mavromati. ***Les hormones ovariens et leur rapport physiologique*** (*Romania Medicala*, année X, n° 11, 1er Juin 1932). — Les hormones ovariens connus actuellement sont: la folliculine et la lutéine.

La folliculine, sécrétion des cellules folliculaires, des follicules atrésiques et du corps jaune, est une *sécrétion permanente*, de l'ovaire. *La lutéine*, sécrétée, uniquement par le corps jaune est une *sécrétion temporaire*, rythmique et périodique. La folliculine développe l'organisme, à la puberté, maintien ensuite la vitalité et contrôle le fonctionnement des organes génitaux. La lutéine prépare l'utérus à la nidation. Les rapports des deux hormones varient suivant la dose, l'intervention d'autres hormones et l'organe qu'il affectent. Souvent *antagoniste*, parfois de *synergie;* les hormones peuvent se compléter ou être indifférents. Les deux hormones sont antagonistes vis-à-vis du système neuro-végétatif ou central.

Les fonctions sexuelles (folliculine) paraissent *subordonnées* aux fonctions gestatives (lutéine). Toute la psychologie féminine serait régie par le rapport folliculine-lutéine. La folliculine oriente l'organisme féminin vers la sexualité, la lutéine vers la gestation.

M. cite les expériences de Courrier qui conclut à un antagonisme absolu folliculino-lutéinique. Pour d'autres auteurs, cet antagonisme est partiel, conditionné. Il y aurait lieu à distinguer même plusieurs antagonismes: sécréteur, fonctionnel, de sensibilité, etc.

HENRI KRAUTER.

O. Millian. ***Hyperthermies non infectieuses chez l'enfant*** (*Romania Medicala*, Année X, n° 11, 1er Juin 1932). — M. décrit l'hyperthermie constitutionnelle, celle qui succède à la marche et enfin l'hyperthermie post-infectieuse.

L'hyperthermie constitutionnelle ou habituelle est un état organique dans lequel la température se maintient pendant des mois et même des années, au delà du chiffre normal. C'est une hyperthermie d'origine *endogène*. La température rectale varie de 37°2 à 38°6. L'hyperthermie constitutionnelle est dans la majorité des cas une hyperthermie rectale, la température axillaire restant normale. C'est une hyperthermie *uniforme, monotone;* les oscillations matinales ou vespérales sont toujours les mêmes. Ce qui caractérise encore l'hyperthermie constitutionnelle, c'est *la durée extrêmement longue.*

Ce sont des enfants de 4 à 10 ans, à tares névropathiques. On trouve souvent, chez eux, une grande fatigabilité, des céphalées, de l'albuminurie orthostatique, un cœur arythmique, des souffles anorganiques, etc.

L'hyperthermie après la marche se voit après les promenades longues. C'est une hyperthermie *rectale* dont le caractère est de disparaître après une heure. Les enfants et même beaucoup d'adultes présentent de l'hyperthermie après la marche, mais elle est plus marquée chez les convalescents, débiles, névropathes. *Enfin l'hyperthermie post-infectieuse* après la guérison de certaines infections: scarlatine, rhumatisme articulaire aigu, grippe, etc. C'est parfois une hyperthermie constitutionnelle découverte dans la convalescence d'une infection; il s'agit peut-être d'un trouble toxique, du centre thermo-régulateur. Enfin, une séquelle, un ganglion par exemple, peut entretenir une hyperthermie. Dans ce dernier cas, la fièvre est infectieuse, mais occulte. Il faut tonifier ces enfants par les exercices physiques en plein air; et l'on administrera la strychnine (1 à 3 milligr. par jour), l'éphétonine (1 à 3 centigr. par jour) ou leur association (Finkelstein).

On essayera aussi les glycéro-phosphates de chaux et phosphore. Dans les cas rebelles, il faut changer de climat.

HENRI KRAUTER.

REVISTA DE CHIRURGIE *(Bucarest)*

G. Angelescu et **P. Tzovaru** (Bucarest). ***Étude thérapeutique sur les kystes hydatiques de la rate*** (*Revista de Chirurgie*, tome XXXV, nos 3-4, Mars-Avril 1932). — Le traitement chirurgical des kystes hydatiques de la rate est subordonné aux conditions particulières d'ordre anatomique et physiologique du développement de ces kystes dans la rate : il doit être individualisé suivant la forme anatomo-clinique du kyste avec toujours en vue ce principe d'être le plus radical possible pour le kyste et le plus conservateur possible pour la rate. C'est dire que la splénectomie appliquée à tous les cas est une exagération thérapeutique.

Les kystes centraux altèrent au maximum le tissu splénique et réduisent l'activité fonctionnelle de l'organe; au contraire les kystes sous-capsulaires favorisent les adhérences périspléniques qui immobilisent la rate et compliquent le traitement.

Un choix du mode opératoire ne peut être fait qu'après laparotomie qui permet une exploration minutieuse de la région et permet de préciser: 1° le *siège* de la tumeur (intrasplénique, sous-capsulaire, pédiculée, juxta-splénique); 2° le *nombre* des kystes (unique, multiple, associé à d'autres kystes des organes voisins); 3° l'*étendue des adhérences périspléniques* (au diaphragme, à la paroi abdominale, aux organes voisins); 4° les *altérations de la structure et du fonctionnement* de la rate (hypertrophie, atrophie, état normal, rates vicariantes à distance); 5° le *contenu du kyste* (mort, suppuré, ouvert).

Dans les cas où d'autres procédés (marsupialisation, splénectomie, etc.) n'ont pas d'indications spéciales, le procédé de choix est le procédé de Llobet-Varsi (incision, évacuation du kyste, formolage de la cavité, suture des lèvres du kyste et fixation à la paroi abdominale sans drainage) avec les perfectionnements de Mabit (résection partielle de la portion flottante de la poche kystique) et de Oulié (exclusion par un surjet de la poche dans les tissus musculo-aponévrotiques de la paroi.

M. GUIBÉ.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT *(Leipzig)*

Joachim Herms. ***Le coton brut comme cause de l'asthme bronchique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 18, 30 Avril 1932). — H. donne l'observation d'un homme de 38 ans, dont la mère est asthmatique, qui est occupé depuis vingt ans dans le commerce du coton brut et qui depuis huit ans se plaint, toutes les fois qu'il manipule du coton d'origine péruvienne, d'accès d'asthme surtout la nuit. Le port d'un masque n'améliore pas les choses et les autres espèces de coton n'ont aucun effet sur le malade.

H. prépare en conséquence un extrait de coton péruvien qui donne une cutiréaction nettement positive. Les cotons d'autre origine (Afrique, Indes, Amérique du Nord, Brésil, Argentine) donnent une réaction faible. L'épreuve de Prausnitz-Küstner est positive.

On essaie une thérapeutique anti-allergique avec l'extrait ainsi préparé. Ce traitement débute par des doses trop élevées qui provoquent un accès d'asthme violent. En reprenant à partir de doses plus faibles on arrive, en 30 injections, pratiquées en quatre mois, à permettre au malade de reprendre ses occupations et plus spécialement de manipuler du coton péruvien sans présenter aucune réaction.

H. fait remarquer que l'anamnèse et les résultats de la thérapeutique sont, dans ce cas, exceptionnellement significatifs.

L'extrait de coton péruvien ainsi préparé a été essayé chez 6 asthmatiques et a donné un résultat positif dans un cas.

P.-E. MORHARDT.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT *(Leipzig)*

Gerbis et **Ucko.** ***L'asbestose pulmonaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 8, 19 Février 1932). — La poussière d'amianthe est susceptible de déterminer une forme sévère d'infiltration des cellules à poussière du poumon. La fréquence et la gravité de cette affection sur laquelle les auteurs anglais ont insisté, justifierait son classement parmi les maladies professionnelles.

Les signes pulmonaires accentués, l'atteinte de l'état général attirent l'attention. La preuve diagnostique est fournie par l'examen des crachats ou les ponctions pulmonaires, voire même *post mortem* les coupes pulmonaires. On trouve des corpuscules d'asbeste dus à la transformation au niveau du poumon des aiguilles d'amianthe.

L'image radiologique montre des lésions habituellement plus discrètes que celles de la silicose, même alors que le tableau clinique est accentué.

La fréquence de la maladie paraît grande chez les ouvriers travaillant dans l'amianthe. Chez les 33 sujets qu'ils ont examinés, G. et V. l'ont trouvé mais à des degrés variables. Il s'agit d'une véritable maladie professionnelle, fibrose pulmonaire par irritation des voies respiratoires.

G. DREYFUS-SÉE.

Neumann. ***La leucémie myéloïde, contre-indication de la grossesse*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 8, 19 Février 1932). — L'opinion classique qui n'autorise au cours des leucémies chroniques l'interruption de grossesse que lorsqu'il y a danger vital pour la mère est erronée. La leucémie myélogène chronique constituerait, selon N., par elle-même une indication absolue d'avortement provoqué. Tant que l'on ne possède pas de moyen certain d'éviter la fécondation, une stérilisation pourrait être envisagée chez ces malades.

En ce qui concerne la leucémie aiguë, l'interruption de grossesse est habituellement considérée comme constituant un traitement d'urgence; l'avortement ne paraît cependant utile à tenter que lorsque l'enfant est viable. En général, l'évolution rapide de l'affection ne permet guère d'envisager une intervention opératoire.

Ces mesures ne constituent guère que des indications d'attente, qui devront être respectées tant que nous resterons démunis de tout traitement efficace contre l'affection leucémique elle-même. Des cas antérieurement publiés, démontrent que la

grossesse peut être menée à son terme et donner naissance à un enfant normal chez des leucémiques au début. Mais toute parturition ultérieure ou toute grossesse chez une malade, dont l'affection évolue depuis plus de deux ans, expose la mère à des risques graves avec peu de chances de survie pour l'enfant. C'est pourquoi la radiumthérapie intra-utérine stérilisante doit être préconisée. Il importe, en effet, d'éviter la grossesse, et non pas d'attendre qu'elle se soit produite pour l'interrompre.

G. Dreyfus-Sée.

Rietschel. ***Pathogénie de la maladie de Feer*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 19, 6 Mai 1932). — La maladie de Feer (acrodynie) actuellement bien connue du point de vue clinique demeure obscure quant à sa pathogénie. La plupart des auteurs la considèrent comme une infection du système nerveux et la rapprochent de l'encéphalite.

La prédominance des phénomènes nerveux végétatifs localiserait dans ce cas le processus dans les centres végétatifs. La survenue en hiver et printemps n'est pas en contradiction avec la notion infectieuse dont on sait qu'elle subit fréquemment les influences saisonnières. Le groupement des cas dans certaines régions ne peut être retenu car cette maladie de connaissance récente est vraisemblablement méconnue dans nombre d'autres régions.

Les arguments essentiels en faveur de l'origine infectieuse devraient être fournis par l'étude anatomo-pathologique des rares cas décédés. Or, les résultats sont variables, difficiles à interpréter, le plus souvent masqués par l'infection intercurrente dominante.

Contre la théorie infectieuse, on peut soulever les objections suivantes:

1° L'absence fréquente sinon constante de fièvre. Le plus souvent l'hyperthermie est accessoire, due à des complications secondaires;

2° L'intégrité habituelle du liquide céphalo-rachidien;

3° La guérison absolue dans la majorité des cas sans aucune séquelle, fait inhabituel dans les infections locales atteignant le cerveau ou les centres nerveux.

R. écartant également l'hypothèse d'une carence, d'une avitaminose, se rattache à l'opinion de Kühl qui interprète les symptômes de l'acrodynie comme un trouble du fonctionnement surrénal par déséquilibre dû à une prédominance médullaire et un hypofonctionnement du cortex.

Mais cette conception, juste par certains points, serait, selon R., trop restrictive et il y aurait en réalité troubles polyglandulaires dus à une altération pathologique du développement des glandes à sécrétion interne chez l'enfant.

Tous les intermédiaires pourraient s'observer entre les cas typiques et les formes abortives, sous forme de cas frustes, méconnus, parfois seulement constitués par de la sudation des extrémités, ou de l'acrocyanose, ou de la tachycardie ou de la nervosité, de légers troubles du caractère.

L'influence possible de l'infection sur ces modifications glandulaires est indéniable, et c'est ainsi que son rôle sur le déclanchement et l'évolution de la maladie peut être interprété, mais R. se refuse à admettre qu'il s'agisse d'une infection spécifique des centres cérébraux (encéphalite).

Aucun fait ne constitue la base de ce travail qui, de l'avis de R., doit être considéré comme fournissant une hypothèse de travail plus féconde et plus juste que les notions antérieurement admises.

G. Dreyfus-Sée.

Gebhardt et **Cario.** ***L'influence du suc gastrique et de produits de la digestion sur le nombre des réticulocytes et la régénération sanguine*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 19, 6 Mai 1932). — L'utilisation plus parfaite des extraits hépatiques par voie parentérale constitue une notion actuellement acquise qui ouvre la voie à d'autres thérapeutiques. C'est ainsi que G. et C. se sont efforcés de préparer des produits injectables avec un mélange de suc gastrique normal et de divers produits de digestion artificielle et naturelle. L'expérimentation chez le rat montre un accroissement net des réticulocytes après injection de ce médicament (0-6 pour 100 à 12-25 pour 100). En accord avec les expériences de Castles, l'introduction par voie parentérale d'extraits musculaires avec suc gastrique naturel fournit des résultats satisfaisants, alors que les extraits de muscle digéré artificiellement demeurent inefficaces.

Par contre, les résultats cliniques sont négatifs dans l'anémie pernicieuse. De même le mélange d'histidine tryptophane de Fontès et Thivolle détermine un accroissement réticulocytaire expérimental, mais n'a eu dans un cas d'anémie pernicieuse, nulle influence clinique favorable. En conclusion, G. et C. admettent que nombre de produits efficaces pour les malades atteints d'anémie pernicieuse déterminent chez le rat une poussée réticulocytaire, mais qu'il est aussi des produits susceptibles de déclancher cette poussée et cependant dépourvus de toute efficacité clinique.

G. Dreyfus-Sée.

Unterberger. ***Détermination du sexe et concentration ionique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 19, 6 Mai 1932). — Les observations cliniques jointes à une étude systématique des sécrétions vaginales et spermatiques ont confirmé U. dans son opinion concernant l'importance de la réaction physico-chimique de ces sécrétions au point de vue de la détermination sexuelle. Actuellement, il croit être en mesure d'affirmer les conclusions suivantes:

1° Dans la plupart des unions, la teneur en alcali du sperme masculin neutralise exactement l'acidité des sécrétions vaginales, de telle sorte que les chances de naissance masculine ou féminine sont égales. Ceci expliquerait aussi la possibilité de la naissance de jumeaux des 2 sexes;

2° Dans un faible pourcentage de cas, la sécrétion masculine est hyperalcaline et la sécrétion féminine peu acide: ces couples engendreront surtout ou exclusivement des garçons;

3° A l'inverse des précédents, d'autres cas rares d'union de mari à sécrétion faiblement alcaline et de femmes à sécrétion très acide donneront naissance à des séries de filles.

Enfin, en ce qui concerne les essais de détermination artificielle du sexe, il importerait de pratiquer l'injection modificatrice peu avant le coït fécondant, car la réaction du milieu vaginal ne serait modifiée que de façon très transitoire. Des erreurs techniques expliqueraient selon U. les rares échecs observés.

G. Dreyfus-Sée.

F. Groedel. ***Convalescence des maladies de l'appareil circulatoire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 22, 27 Mai 1932). — La phase de convalescence dans les affections cardio-vasculaires est difficile à délimiter. Même lors des périodes de bonne compensation, le cardiaque demeure un sujet fragile dont la vie et le traitement sont malaisés à régler:

Le traitement médicamenteux comportera tout d'abord des modificateurs de l'appareil périphérique vaso-moteur et du système nerveux péri-cardiaque. On sait actuellement l'influence dominante de ces facteurs dans le déterminisme des accidents de déséquilibre.

En outre, des traitements toni-cardiaques proprement dits, intermittents, par périodes variables, seront à établir pour chaque malade. Il en est de même des médications générales, telles que l'arsenic, le fer, l'huile camphrée, etc., relevant d'indications spéciales.

La thérapeutique physiothérapique par massage, rayons ultra-violets, électricité, haute fréquence et diathermie doit être aussi envisagée. On sera particulièrement prudent en ce qui concerne la prescription de gymnastique surveillée et la réglementation des promenades.

Enfin, l'hydrothérapie sous toutes ses formes, les bains carbo-gazeux ainsi que les cures climatiques et thermales constituent une partie importante du traitement des cardiaques convalescents.

G. Dreyfus-Sée.

Schiff. ***Traitement diététique de l'eczéma des enfants*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 23, 3 Juin 1932). — Sans entrer dans le détail des données théoriques qui l'ont amené à établir pour les nourrissons eczémateux un régime spécial, S. indique cependant que les travaux de Sauerbruch et Hermannsdorfer sur le traitement des lupus lui ont inspiré l'idée de cette diététique.

Quelques observations favorables, soit lors d'eczéma étendu suintant chez des nourrissons jeunes présentant des signes de diathèse exsudative, soit lors d'eczéma neurogène, l'ont encouragé à poursuivre ses essais.

Son régime comporte essentiellement du lait d'amandes, des fruits crus (banane écrasée, jus de fruits) et des purées de légumes.

Progressivement, le lait d'amande sera remplacé par du babeurre, puis du lait sucré. Chez les enfants plus âgés, le régime de fruits crus exclusif fournit des résultats comparables. Le prurit, en particulier, cède rapidement sans qu'il soit utile de recourir à des méthodes coercitives pour empêcher le grattage. Si besoin, un sédatif nerveux à faible dose sera utilisé au début.

G. Dreyfus-Sée.

B. Stuber et **K. Lang.** ***Un nouveau traitement des thromboses*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 23, 3 Juin 1932). — L'augmentation du nombre des thromboses et des embolies mortelles rend importantes toutes les recherches concernant la thérapeutique ou la prophylaxie de cette redoutable affection.

Du point de vue pathogénique, le rôle des modifications sanguines, celui des plaquettes et en particulier l'influence de l'équilibre électrique de ces plaquettes et des albumines sanguines, seraient prédominants dans le déterminisme des coagulations intra-vasculaires.

Les variations physiques et chimiques, qui commandent à la formation des thromboses, se trouvent essentiellement réalisées après les opérations, lors des insuffisances circulatoires générales ou, par suite de la présence d'obstacles circulatoires locaux au cours des infections.

C'est donc soit un ralentissement circulatoire, soit une labilité spéciale plasmo-thrombocytaire qui détermine la thrombose.

Les toni-cardiaques et les médicaments toni-vasculaires, ainsi que ceux qui agissent sur les vasomoteurs, seront indiqués pour lutter contre le premier facteur.

La deuxième indication créée par l'état du sang justifierait le traitement par la « germanine »: 3 à 4 injections de 0 gr. 5, puis 1 gr. intra-veineuses, séparées par des intervalles de trois à cinq jours, devront être pratiquées.

En outre, un régime alcalinisant et du citrate de soude seront des adjuvants utiles. Cette thérapeutique serait également efficace à titre prophylactique.

G. Dreyfus-Sée.

Wigaud. ***Injection péri-nerveuse du plexus sacré dans l'espace rétro-rectal au cours de la sciatique (injection présacrée)*** (*Deutsche medi-*

zinische Wochenschrift, tome LVIII, n° 23, 3 Juin 1932). — Cette voie nouvelle a pour but de toucher le nerf plus haut et plus directement que par les voies classiquement utilisées, au niveau même de sa constitution aux dépens du plexus sacré dans l'espace rétro-rectal.

La piqûre se fait au-dessous de la dernière vertèbre à peu de centimètres au-dessus de l'anus, après badigeonnage à l'iode et anesthésie locale. On fait pivoter l'aiguille vers le haut, de 90 à 100°, et on l'enfonce de 6 à 8 cm. en la dirigeant et la contrôlant par l'index de la main gauche introduit dans le rectum. L'aiguille doit suivre la face antérieure du sacrum et demeurer strictement médiane.

Par prudence, on aspire pour vérifier l'absence de fausse route (sang, gaz, odeur ?), l'on injecte ensuite 40 à 60 cmc de solution novocaïnée à 1 pour 100 ou de sérum physiologique, ou de solution d'eucaïne ou de stovaïne. Des essais sur le cadavre ont permis de préciser cette technique et d'en vérifier l'innocuité. Des figures semi-schématiques montrant le trajet de l'aiguille, la disposition du plexus, les modifications anatomiques, déterminées par la réplétion ou la vacuité rectale, rendent plus aisée la compréhension de cette technique.

G. Dreyfus-Sée.

Friedemann et Elkeles. *Le rôle auxoneurotrope de l'adrénaline et de l'extrait hypophysaire.* (*Deutsche médizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 24, 10 Juin 1932). — Lors de leurs expériences sur l'anesthésie du lapin avec circulation cérébrale artificielle, F. et E. avaient noté que les animaux ayant reçu antérieurement de l'adrénaline intra-veineuse pouvaient être anesthésiés avec des doses infimes de narcotique. Ces quantités, en ce qui concerne l'alcool, la paraldéhyde et l'uréthane étaient réductibles au 1/5 de la dose habituelle par cette méthode. L'injection d'adrénaline, suivie de narcose à l'uréthane, détermine de l'œdème pulmonaire qui peut être évité par une injection antérieure d'hypophysine (1 cmc, soit 3 unités). Le sommeil est dans ces conditions moins profond.

Pour élucider le mode d'action de ces diverses substances, des essais ont été tentés avec des produits neurotropes différents et avec d'autres substances sans affinités spéciales pour les tissus nerveux. La strychnine, poison nerveux convulsivant, a une action renforcée au quintuple par l'injection préalable d'adrénaline seule ou associée à l'hypophyse. Il en est de même d'un poison toxinique: le venin de cobra. On sait déjà que la cocaïne subit une influence analogue.

L'action de l'adrénaline et hypophysine paraît consister en une modification de la répartition des substances neurotropes entre sang et cerveau. C'est ce que F. et E. ont voulu signifier par le nom de « auxoneurotrope », sous lequel ils désignent cette action et les produits qui l'exercent.

Si on introduit directement les médicaments neurotropes dans le liquide céphalo-rachidien, l'action renforçatrice de l'adrénaline ne se produit plus. Il s'agit donc bien d'une modification des échanges entre le sang et les liquides baignant les centres nerveux.

Expérimentalement, après injection intraveineuse de bleu d'alizarine, l'apparition du produit colorant dans le liquide céphalo-rachidien se fait après une dose cinq fois plus faible chez les animaux ayant reçu une injection adrénalinée antérieure que chez les témoins.

Le mécanisme de ces échanges paraît se faire par suite de l'augmentation de pression déterminant une issue excessive de sérosité hors des tissus et des vaisseaux. Les produits neurotropes dissous dans ces humeurs pénètrent ainsi en plus grande abondance dans les espaces périnerveux.

Il est intéressant de noter que les substances non neurotropes ne pénètrent pas dans le liquide céphalo-rachidien, ni le système nerveux, malgré l'injection d'adrénaline. Ainsi le salvarsan, l'antitoxine du venin de cobra présentent une teneur fixe dans le cerveau après injection intra-veineuse, même précédée de l'injection de substance auxoneurotrope.

Ces résultats négatifs, malgré l'augmentation des échanges humoraux, seraient expliqués par le rôle capital de l'équilibre électrique des tissus commandant à la fixation des diverses substances.

En pratique, cette action auxoneurotrope est intéressante à utiliser pour renforcer l'action des hypnotiques, anesthésiques, ou médicaments analgésiques antipyrétiques et en général de tous les médicaments du système nerveux.

Par contre, ce rôle spécial de l'adrénaline ne doit pas être oublié lorsqu'on doit traiter des sujets endormis (par exemple lors de syncope chloroformique, ou d'état de collapsus post-opératoire).

L'absence d'action auxoneurotrope vis-à-vis de substances normalement dépourvues d'affinités pour le système nerveux explique l'échec fréquent de certains traitements, tels que la sérothérapie antitétanique, le traitement salvarsanique de la syphilis nerveuse, etc.

Enfin, un dernier point intéressant demeure à l'étude: les rapports entre hypertension artérielle essentielle et hypertension provoquée par l'injection d'adrénaline demeurant discutés, on peut se demander si certains accidents cérébraux des hypertendus pathologiques ne pourraient être attribués à une hypersensibilité vis-à-vis de médications neurotropes, hypersensibilité qui serait due à l'augmentation des échanges humoraux par un processus analogue, à l'action auxoneurotrope de l'adrénaline.

G. Dreyfus-Sée.

ZEITSCHRIFT für UROLOGISCHE CHIRURGIE *(Leipzig)*

L. Strauss (Breslau). ***Influence du diabète sur les maladies des reins*** (*Zeitschrift für Urologische Chirurgie*, tome XXXIV, n°s 3 et 4, 16 Mars 1932. — Chez tout urinaire, en particulier chez tout urinaire âgé, il y a grand intérêt à doser le sucre du sang. Chez les prostatiques en particulier, la glycémie peut être élevée alors qu'il n'y a que peu ou pas de glycosurie. Faute de renseignement sur le sucre du sang, on peut toujours être surpris par un coma diabétique soudain.

En cas d'accident urologique aigu menaçant la vie, il faut abaisser le sucre et l'acidose aussi rapidement que possible et faire ensuite chirurgicalement le nécessaire.

S'il n'y a nul danger menaçant pour la vie du malade, il faut par un régime et un traitement approprié, faire baisser le sucre du sang, et relever la tolérance aux hydrates de carbone. Il faut se garder d'une thérapeutique trop rapide et il n'est pas nécessaire d'obtenir une complète disparition du sucre. Il faut suivre attentivement les malades atteints de lésions cardio-vasculaires.

Sur 48 malades urologiques diabétiques, 18 (soit 37 pour 100) sont morts; près de la moitié a succombé, non au diabète, mais à des affections cardiaques et vasculaires, liées en général à la nature même de l'affection primaire (hypertrophie de la prostate).

17 cas d'hypertrophie de la prostate ont donné 9 morts (1 embolie, 2 apoplexies, 1 insuffisance cardiaque, 2 comas diabétiques, 1 coma diabétique avec urémie; 1 ileus post-opératoire, 1 malade amené mourant); 1 cas d'atrophie prostatique a donné une mort; 14 cas d'infection des reins ont donné 5 morts (3 par infection, 1 de coma, 1 par cause inconnue); 6 cas de lithiase ont donné une mort; 3 cas de néphrite ont donné 2 morts (1 par carcinome gastro-pancréatique, 1 par pneumonie).

Le pronostic doit donc être réservé: les infections urinaires aiguës sont beaucoup plus menaçantes que chez les malades n'ayant aucun trouble des échanges nutritifs.

Le rein malade peut au début être plus glycosurique que le rein sain: la raison en serait dans l'insuffisante résorption du sucre par l'épithélium tubulaire altéré. Plus tard, l'élimination de sucre est moindre par le rein malade que par le rein sain: cela tient à l'altération des glomérules. De même, l'acétonurie est abaissée du côté malade.

G. Wolfromm.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL *(Londres)*

James Adam. *Remarque sur 1500 cas d'asthme* (*British medical Journal*, n° 3725, 28 Mai 1932). — Toute gêne respiratoire n'est pas de l'asthme. Celle qui survient soit entre 2 et 4 heures du matin, soit au réveil, soit après les repas doit être rattachée à l'asthme, de même celle qui s'accompagne d'une expectoration non purulente avec éosinophiles ou d'un taux d'éosinophile sanguine dépassant 4 pour 100. L'éosinophilie sanguine est le meilleur guide pour le diagnostic. Son taux s'élève avant la crise pour retomber après.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la question chimique ont trouvé l'alcalose dans l'asthme. La réserve alcaline augmente avec l'amélioration de l'asthme en même temps que disparaissent les éosinophiles.

Dans certains cas d'asthme rebelle, on a trouvé des lésions des surrénales à l'autopsie.

Des manifestations allergiques, frappant surtout la peau, ont été trouvées dans 57 pour 100 des cas.

L'hérédité similaire n'a été vue que dans 28 pour 100 des cas. Pour A., l'hérédité aurait peu d'influence. En réalité, ce sont les mêmes causes d'intoxication qui agissent et les mêmes habitudes défectueuses de vie qui se prolongent de génération en génération.

Dans 58 pour 100 des cas, la muqueuse nasale était défectueuse. Bien souvent du reste, un traitement général améliorait la muqueuse en même temps que l'asthme. La désinfection du nez par les moyens ordinaires peut suffire. Dans 14 pour 100 des cas, on trouve des polypes riches en éosinophiles alors que chez les non-asthmatiques on trouve surtout des cellules basophiles. A signaler que quarante-huit heures après une opération portant sur les voies nasales une crise d'asthme peut apparaître.

André Plichet.

H. Moll. *La polyglobulie et la valeur de l'hépatothérapie dans l'asthme* (*British medical Journal*, n° 3725, 28 Mai 1932). — La polyglobulie est fréquemment observée dans l'asthme. Sur 38 cas d'asthme, 31 sujets avaient plus de 6 millions de globules rouges. On a même rencontré jusqu'à 8.750.000 globules rouges. Cette polyglobulie présente des oscillations pouvant aller de 1 à 2 millions 1/2. Le taux d'hémoglobine ne suit pas généralement cette élévation des globules rouges.

Les symptômes ordinaires des polyglobulies: teint coloré ou cyanose, splénomégalie, ne se rencontrent pas. Il n'y a ni réticulocytes, ni hématies nucléées dans le sang.

La présence d'emphysème n'influe en rien la polyglobulie. Bien souvent du reste, il ne s'agit que d'un état passager d'emphysème qui disparaît en même temps que la crise d'asthme.

La polyglobulie dans les asthmes allergiques est encore plus fréquente (22 fois sur 24 cas). Dans un de ces cas, le chiffre des globules rouges s'est élevé au-dessus de 8 millions.

Dans les asthmes non allergiques, sans test cutané, la polyglobulie est moins souvent rencon-



TROUBLES de la MÉNOPAUSE



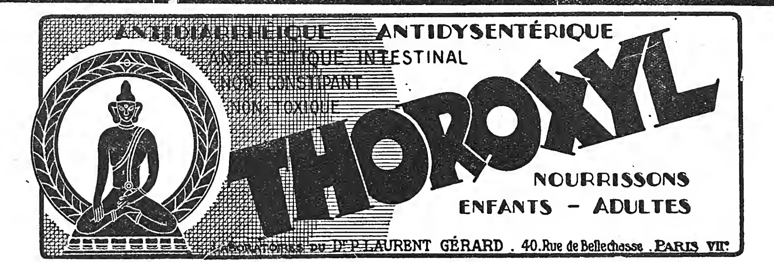
MALADIES DU SYSTÈME VEINEUX

Aphloïa	Hamamelis	Hydrastis
Piscidia		Viburnum

2 à 4 cuillerées à café par jour avant les repas.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : 15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XIe)

Registre du Commerce : Seine, 54.002



trée. Elle se voit surtout chez les asthmatiques jeunes au-dessous de 40 ans.

Le chiffre le plus haut de globules se montre immédiatement après la crise et diminue pendant les périodes d'accalmie pour devenir normal, un mois après la crise. La chute du nombre des globules doit être considérée comme une amélioration.

Pour certains, cette polyglobulie serait due à l'anoxhémie et à la concentration sanguine, conséquence de la déshydratation. Pour M., elle s'explique par une diminution de volume de chaque globule rouge du fait de la perte de liquide.

M. a essayé l'hépatothérapie parce qu'il est d'usage courant de dire que le foie est déficient chez les asthmatiques. Il employa soit le foie de veau à peine cuit, soit un extrait de foie. Sur 31 cas d'asthme allergique, cette thérapeutique améliora 24 sujets. Sur 21 cas d'asthme non allergique, l'amélioration ne fut notée que chez 7 sujets. La polyglobulie sous l'action de l'hépatothérapie diminua dans les cas améliorés.

Cette action du foie de veau ne doit pas surprendre. La diminution paradoxale du nombre des globules rouges n'est pas due à l'action directe de l'extrait de foie, mais à l'amélioration de l'asthme. L'hépatothérapie donne aux asthmatiques les anti-allergiques qui leur manquent et, d'autre part, désensibilise l'organisme par l'action rapide des acides aminés facilement assimilables, contenus dans l'extrait de foie de veau.

André Plichet.

Garner, Girdlestone et Gillepsie. *Suppurations osseuses dans la fièvre de Malte* (*British medical Journal*, n° 3731, 9 Juillet 1932). — La fréquence des arthropathies et des hydarthroses dans la fièvre de Malte a été signalée depuis longtemps. D'après les statistiques de différents auteurs, on peut estimer à 32 pour 100 des cas où l'on voit ces manifestations. Par contre, la coexistence d'abcès osseux a été rencontrée plus rarement. G. rapporte le cas d'un malade âgé de 25 ans qui, après un séjour de plusieurs années dans l'Inde et de plusieurs mois sur la Côte des Somalis, contracta la fièvre de Malte et peu de temps après présenta un abcès costal et une arthrite du genou dans le pus desquels on identifia le mélitocoque.

André Plichet.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES (Philadelphie)

L. Hitzrot et E. Pendergras. *Cholécystographie par voie buccale et par voie veineuse. Avantages respectifs et résultats obtenus dans 100 cas* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 5, Mai 1932). — H. et P. ont pratiqué la cholécystographie à la fois par voie buccale et par voie veineuse chez 100 malades ayant une vésicule biliaire suspecte et ont comparé les avantages respectifs de ces deux méthodes.

Ils concluent de leur étude que la cholécystographie par voie buccale offre certains défauts inévitables, se traduisant par ce fait qu'un tiers des épreuves aboutirent à des résultats prêtant à une interprétation douteuse ou en désaccord avec l'ensemble des données de la clinique et du laboratoire. Mais cette méthode est exempte des inconvénients essentiels de la technique intraveineuse la plus soigneuse, résultat de la difficulté de l'injection et des réactions fâcheuses qu'elle entraîne (urticaire, fièvre, hypotension, thrombophlébite localisée).

En somme, l'exploration par voie buccale est une méthode diagnostique d'une grande utilité chez les patients suspects d'affection de la vésicule biliaire, mais, à la lumière de ces recherches, le clinicien ne doit pas la considérer comme ayant isolément une valeur pathognomonique; pour fournir une aide au diagnostic, elle doit être associée aux autres données. Dans tous les cas douteux, et ils sont nombreux, il faut recourir à la cholécystographie par voie veineuse ou, en cas d'impossibilité de cette dernière, refaire l'épreuve.

La cholécystographie par voie veineuse ne doit pas être utilisée aveuglément chez tous les malades. Toutefois les réactions qu'elle détermine ne sont pas telles qu'elle doive être réservée aux seuls malades hospitalisés. Les injections doivent être faites par un personnel expérimenté et dans un local bien outillé à cet effet.

A noter enfin que la congestion passive du foie peut être une cause d'erreur avec les deux méthodes. Chez un malade l'ombre vésiculaire absente reparut après un traitement digitalique.

P.-L. Marie.

L. H. Nahum et H. E. Himwich. *Insuline et appétit* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 5, Mai 1932). — L'insuline joue un rôle important dans le mécanisme de la faim, comme en témoignent la faim insatiable constatée dans l'hyperinsulinisme, l'excitation de l'appétit que déterminent les injections d'insuline chez l'homme et la motricité exagérée de l'estomac observée chez l'animal à la suite de l'administration d'insuline et que supprime l'ingestion de glycose.

Pour stimuler l'appétit, N. et H. ont injecté, toutes les trois heures, 10 unités d'insuline, soit 45 à 65 unités par jour à des sujets amaigris, ce qui leur a donné de beaux succès. Ils citent l'exemple de 4 jeunes femmes, déprimées psychiquement et présentant une grande maigreur, sans maladie concomitante, qui virent ainsi se réveiller leur appétit et reprirent promptement du poids, l'une d'elles ayant augmenté de 11 kilogr. en 28 jours. Ce gain ne résulte pas de la rétention d'eau, mais bien d'un accroissement réel des tissus.

On sait l'influence que le psychisme exerce sur l'appétit; il est compréhensible que les états émotionnels puissent, par l'intermédiaire du système sympathique (on connaît actuellement les connexions entre l'hypothalamus et les fibres sympathiques de la moelle), inhiber le mécanisme de la sécrétion d'insuline et faire ainsi baisser l'appétit.

P.-L. Marie.

G. Wilson et H. F. Robertson. *Diplégie faciale dans la polyneuronite* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 5, Mai 1932). — Les sujets atteints de polynévrite présentent parfois des paralysies des nerfs craniens, le plus fréquemment atteint étant le septième. Une diplégie faciale peut survenir dans les polynévrites banales qui peuvent être dues à de multiples infections ou intoxications. Mais il existe une infection neurotrope qui semble étroitement apparentée à l'encéphalite épidémique et à la poliomyélite et qui peut atteindre non seulement le système nerveux périphérique, mais encore les centres. C'est dans ce cas qu'on trouve surtout les paralysies des nerfs craniens. Quand elles existent, elles sont plus souvent le fait d'une atteinte du système nerveux central que du système nerveux périphérique.

Les 3 cas de diplégie faciale relatés ici survinrent tous chez des femmes et relevaient tous d'une infection qui, dans 2 cas, revêtait le type infectieux de la polynévrite, ayant débuté par un état grippal accompagné de sinusite frontale chez une malade, d'amygdalite chez l'autre, et bientôt suivi de paresthésie des extrémités avec perte des réflexes profonds, parésie allant jusqu'à la paralysie chez une des patientes, de diplégie faciale, avec paralysie du voile et d'une corde vocale dans un cas. Chez la dernière malade, l'affection, d'une allure moins aiguë et dont les symptômes indiquaient surtout des lésions des nerfs périphériques, semblait relever d'une infection gonococcique ou dentaire.

Des dénominations très variées ont été données aux cas de ce genre, par suite de la tendance de l'agent pathogène à se localiser dans des parties différentes du système nerveux; celle de « neuronite » paraît la plus juste.

P.-L. Marie.

B. T. Mc Mahon. *Pneumothorax bilatéral spontané* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 5, Mai 1932). — C'est une affection d'une grande rareté qui complique généralement une tuberculose pulmonaire évolutive dont elle hâte la terminaison fatale. Mais parfois on l'observe chez des emphysémateux ou des asthmatiques; le pronostic est alors moins sombre. Elle se produit encore après un traumatisme ou bien chez des sujets en apparence bien portants (pneumothorax idiopathique), et la guérison est habituelle en pareil cas.

Le cas de M. concerne un homme de 27 ans, assez sujet aux rhumes, mais non manifestement emphysémateux, qui, à la suite d'un état grippal banal, présenta un pneumothorax gauche, en dehors de tout effort et sans grand fracas. La radiographie ne décela pas de lésions parenchymateuses tuberculeuses du poumon et la bactérioscopie ainsi que l'inoculation des crachats demeurèrent négatives. Six semaines après ce premier pneumothorax qui n'était pas encore complètement résorbé, alors que le malade était encore alité et se trouvait dans un état satisfaisant, sans cause apparente, une dyspnée inhabituelle se manifesta ainsi qu'une sensation de plénitude de la poitrine et l'on constata à l'écran un pneumothorax droit. Il existait un peu de liquide, qui, inoculé au cobaye, ne tuberculisa pas. Peu à peu le poumon droit reprit ses fonctions et le malade mène une vie normale depuis plus d'un an.

Aucune étiologie n'ayant pu être mise en évidence, ce cas rentre dans les pneumothorax bénins ou idiopathiques. La rupture du second poumon ayant eu lieu avant la réexpansion complète du premier, ce cas doit se classer parmi les pneumothorax bilatéraux spontanés simultanés, selon la classification d'Olbrechts.

A ce propos, M. fait la bibliographie du sujet, insistant sur le travail d'Olbrechts paru en 1930 dans les *Annales de Médecine*.

P.-L. Marie.

F. C. Turley et T. R. Harrison. *Influence du tabac et des exercices athlétiques sur les mensurations respiratoires* (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 5, Mai 1932). — Le tabac passe pour diminuer à la longue la facilité de la respiration. T. et H. ont voulu le vérifier. A cet effet ils ont déterminé « l'indice de ventilation »:

$$\frac{\text{ventilation}}{\text{capacité vitale}} \times \frac{1 + \frac{\text{Poids idéal}}{\text{Poids réel}}}{2}$$

chez 75 étudiants dont 33 étaient de grands fumeurs, soumis à un exercice physique d'intensité variée. De plus, ils ont fait des recherches analogues sur 13 joueurs de football en plein entraînement, car ils s'étaient vite aperçus de la différence causée par les habitudes sédentaires ou sportives antérieures sur les résultats des épreuves.

Ils ont constaté que chez les grands fumeurs (20 cigarettes par jour ou plus depuis plusieurs années), l'indice de ventilation n'est pas notablement modifié quand ils accomplissent un exercice modéré ou moyennement intense. Le tabac ne modifie donc guère le « souffle » chez les jeunes sujets effectuant des efforts moyens.

Les sujets athlétiques ont un rendement respi-

ratoire qui n'est pas très supérieur à celui des sujets sédentaires quand il s'agit d'exercice modéré, mais qui est considérablement meilleur dans les exercices un peu violents. De plus, les sujets qui ont subi jadis un entraînement poussé gardent un excellent rendement respiratoire pendant de longues années après avoir abandonné leur entraînement actif, pourvu qu'ils continuent à prendre régulièrement un peu d'exercice.

P.-L. Marie.

H. Smith. ***Tic diaphragmatique guéri par la section des nerfs phréniques*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 6, Juin 1932). — Relation de 2 cas de tic diaphragmatique guéris par la section des nerfs phréniques.

Le premier concerne une jeune fille, jusque-là bien portante, qui fut opérée d'appendicite, puis réopérée quelques semaines plus tard pour une occlusion intestinale due à des adhérences. Quelques mois après, survint la première crise de hoquet accompagnée d'une vive dyspnée, mais elle fut éphémère. Six mois plus tard, se produisit une nouvelle crise qui dura douze heures, suivie au bout de quelques mois de nouveaux phénomènes d'occlusion qui motivèrent une autre opération, et, trois mois plus tard, d'une crise de tic diaphragmatique qui durait depuis deux semaines et épuisait la malade, lorsqu'on décida d'intervenir. A noter que l'urine était alcaline, probablement par suite de la ventilation pulmonaire excessive. On congela le phrénique droit, ce qui fit cesser aussitôt le tic, puis on le sectionna. On remarqua que l'excitation du bout central, comme dans le cas de Dowman, provoquait des douleurs dans la région scapulaire. Trois semaines après, troisième crise d'occlusion et opération suivie de spasme de l'hémidiaphragme gauche. Au bout de quatre jours, congélation du phrénique gauche, mais pas de section du nerf. L'amélioration ne fut que de courte durée, comme dans le cas de Skillern, et l'on dut réséquer le nerf; le résultat cherché ne fut atteint qu'après section d'un filet supérieur du phrénique. La malade resta pendant vingt mois sans avoir de tic diaphragmatique, bien que la radioscopie montrât que le diaphragme eût repris ses fonctions. A la suite d'une quatrième crise d'occlusion, le spasme reparut; le phrénique droit, qui s'était régénéré, fut réséqué avec succès, mais une cinquième crise d'occlusion étant survenue, on fit une entéro-anastomose qui fut suivie de mort par troubles du transit intestinal.

S. tend à rattacher le tic diaphragmatique à l'irritation continue du péritoine; en tout cas, on ne trouvait pas trace d'encéphalite antérieure.

La seconde malade, âgée de 21 ans, présenta son spasme diaphragmatique au cours d'une encéphalite épidémique. Au bout de cinq jours, S. sectionna le phrénique droit. Le tic reparut trois mois plus tard. On vit alors que le diaphragme avait repris son fonctionnement normal. Les crises étant courtes et rares, on n'intervint pas et elles disparurent spontanément.

Ce cas est à rapprocher des exemples de guérison après phrénicectomie de Gamble, Dowman, Speirs et Skillern. P.-L. Marie.

J. L. Johnson. ***Hyperparathyroïdie chronique expérimentale*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIII, n° 6, Juin 1932). — J. qui avait déjà réussi à reproduire chez l'homme le tableau de la maladie de Recklinghausen vient de réaliser ses symptômes et ses lésions chez l'animal.

Injectant quotidiennement à des rats blancs âgés de 6 à 12 semaines, 10 à 20 unités de parathormone pendant un laps de temps de 10 à 45 jours, il a vu apparaître chez tous de l'asthénie musculaire, de l'hypotonie et des lésions squelettiques caractéristiques: résorption de l'os sous forme de lacunes, ramollissement et déformations, incurvations et fractures multiples, remplacement de la corticale et de la moelle osseuse sur des zones étendues par du tissu conjonctif fibreux contenant de nombreuses cellules géantes, présence de tissu ostéoïde de nouvelle formation, toutes manifestations qui faisaient défaut chez les témoins de la même portée soumis au même régime alimentaire (régime normal de Steenbock).

De même, chez les jeunes chiens bien nourris recevant pendant trente-cinq jours en moyenne des doses quotidiennes de parathormone allant de 2 à 20 unités, J. a constaté de la faiblesse musculaire croissante et des déformations accentuées des os dont permettent de juger de nombreuses photographies et radiographies. Si les lésions affectaient le plus souvent les os des membres, dans certains cas elles atteignirent ceux du bassin. Parfois des kystes se montraient à l'œil nu. Toutes les particularités rencontrées en clinique humaine ont pu être reproduites.

Comme il règne beaucoup d'incertitudes au sujet des rapports entre les parathyroïdes et la vitamine D, J. a administré de l'ergostérol irradié à ses animaux, en même temps qu'il leur injectait de la parathormone pour réaliser un état d'hyperparathyroïdie chronique. Il a vu que l'ergostérol irradié, non seulement n'avait pas d'action antagoniste vis-à-vis de la parathormone, mais qu'il intensifiait l'action de cette dernière, les lésions macroscopiques et microscopiques étant bien plus marquées chez les animaux soumis à la fois aux deux agents. Fait intéressant, chez les animaux recevant à la fois la parathormone et le cholestérol, les calcifications métastatiques du rein étaient bien plus importantes que chez ceux qui ne recevaient que l'une de ces deux substances. Il rappelle que chez l'homme, il a vu les symptômes (lassitude, asthénie musculaire, douleurs, etc.) s'accentuer également pendant l'administration simultanée de parathormone et d'ergostérol irradié, en même temps que le bilan négatif du Ca et du P s'aggravait.

Ces expériences montrent de façon indiscutable que le rachitisme et l'ostéomalacie diffèrent radicalement de l'ostéite fibreuse ostéoplastique de Recklinghausen au point de vue pathogénique. Tandis que l'hypertrophie des parathyroïdes que l'on rencontre dans certains états où il existe un déficit en vitamine D peut être regardée comme de nature compensatrice et constitue certainement un phénomène secondaire, les tumeurs des parathyroïdes que l'on trouve associées à l'ostéite fibreuse sont de nature primitive. Toutefois l'hyperfonctionnement des parathyroïdes peut se rencontrer en l'absence de tumeur ou d'autres anomalies morphologiques de ces glandes.

P.-L. Marie.

BULLETIN of the NEUROLOGICAL INSTITUTE OF NEW-YORK

Richard M. Brickner. ***Etude sur la pathogénie de la sclérose multiple*** (*Bulletin of the Neurological Institute of New-York*, tome II, n° 1, Mars 1932). — Les propriétés lipolytiques et probablement lipasiques du sérum des sujets atteints de sclérose multiple diffèrent notablement de celles du sérum des sujets normaux, et sont certainement anormales.

B. rapproche en outre certaines de ses observations de celles de Weil et Cleveland qui ont toutes deux montré que le sérum ainsi que l'urine de sujets atteints de sclérose multiple ont sur la moelle du rat une action démyélinisante que ne possèdent pas les humeurs de sujets normaux, et qu'ils attribuent à la présence d'une lipase. Ce double résultat, à la fois chimique et biologique, prouve donc l'hyperactivité lipocytique des humeurs de ces malades. Il s'agit sans doute de recherches dans le domaine desquelles tout essai de mesure serait encore anticipé.

L'origine de cette activité lipocytique anormale nous échappe encore. S'agit-il d'une lipase étrangère, ou d'une altération de la lipase normale du sang? On peut aussi songer à la possibilité d'une toxine non lipasique avec activité lipocytique; ces modifications humorales ne semblent pas en tout cas la conséquence d'un virus circulant dans le sang. Quant au rôle pathogène de cette activité lipocytique du sérum, il n'est pas encore prouvé; bien que Crandall et Cherry pensent qu'elle est le témoin d'une lésion de la cellule hépatique dans la sclérose multiple.

Toujours est-il que ces recherches fort intéressantes ne semblent pas susceptibles encore de constituer actuellement un test diagnostique de cette affection. H. Schaeffer.

Beverly, Chaney et **Myrthe B. Mc Graw.** ***Réflexes et activités motrices diverses chez le nouveau-né*** (*Bulletin of the Neurological Institute of New-York*, tome II, n° 1, Mars 1932). — Dans cet important travail, les auteurs reprennent les recherches antérieures de Minkowski, Coghill, Watson, Bersat, Pratt, Nelson et Sun, et de bien d'autres.

Ils ont étudié les réactions de 125 enfants apparemment normaux, 35 au moment de la naissance, les partunés, le reste du premier au dixième jour, les nouveau-nés. Ils arrivent aux conclusions suivantes.

Tous les réflexes tendineux sont plus aisés à mettre en évidence chez les partunés que chez les nouveau-nés. Le réflexe rotulien était présent dans près de 3/4 des cas.

De tous les réflexes tendineux, le réflexe bicipital est le plus fréquemment obtenu, le tricipital le plus rarement obtenu. Les nouveau-nés sont plus sensibles aux réflexes cutanés que les partunés. Les réflexes abdominaux n'étaient obtenus que chez 1/3 des nouveau-nés, et chez seulement un seul des partunés.

Le réflexe plantaire se fait presque toujours en extension. 99,8 pour 100 des nouveau-nés et 92 pour 100 des partunés. La stimulation cutanée de la jambe donne le plus souvent un mouvement d'abduction.

L'Oppenheim donnait une réaction chez 60,3 pour 100 des nouveau-nés, tantôt en flexion, tantôt en extension.

Tous les nouveau-nés avaient le réflexe de succion, et seulement 16 pour 100 des partunés.

L'approche d'une lumière provoque le clignement chez le nouveau-né. Et l'on remarquait une contraction pupillaire chez 91 pour 100 des nouveau-nés et 64 pour 100 des partunés. Les résultats négatifs sont d'ailleurs dus à la difficulté de recherche du test et non à l'aréflexie pupillaire. Une acuité visuelle suffisante pour déterminer la convergence n'existait que chez 9 pour 100 des nouveau-nés.

Le réflexe du grimpement existait chez 74 pour 100 des nouveau-nés et 16 pour 100 des partunés.

Le réflexe de Moro existait chez 89 pour 100 des nouveau-nés. Les enfants soutenus sous les aisselles supportaient le poids du corps chez 43,5 pour 100 des nouveau-nés et 32 pour 100 des partunés. L'ébauche de la marche se faisait chez 49 pour 100 des nouveau-nés.

Trois quarts de ces derniers répondaient au bruit d'un sifflet.

Sans doute, il existe des différences individuelles dans le mode de réaction des enfants. Mais l'absence de réflexes ou l'existence de certains réflexes pathologiques, la flexion de l'orteil par exemple sont le témoignage certain d'un état morbide. H. Schaeffer.

REVUE DES JOURNAUX

GAZETTE DES HOPITAUX (Paris)

W. Willcox. ***L'étiologie du rhumatisme chronique*** (*Gazette des Hôpitaux*, tome CV, n° 46, 8 Juin 1932). — L'étiologie du rhumatisme chronique apparaît comme éminemment complexe et les facteurs qui entrent en jeu sont nombreux et divers.

Certains d'entre eux, comme le traumatisme, les fatigues professionnelles de certaines articulations ou de certains groupes musculaires, l'hérédité, l'état des téguments, les influences extérieures (climat, humidité, froid), les troubles vasculaires, le régime alimentaire, les troubles endocriniens, un rhumatisme articulaire aigu antérieur, le sexe, l'âge, la goutte, interviennent dans la forme et la localisation des arthrites chroniques. Mais, pour W., ce ne sont que des causes prédisposantes; la cause première et la plus importante est une infection streptococcique. Dans presque tous les cas, il a trouvé une infection par un streptocoque hémolytique ou viridans dans des foyers limités: naso-pharynx, dents, tractus intestinal. Mais il n'est pas parvenu à découvrir le streptocoque qu'il estime l'élément causal ni dans le sang, ni dans les articulations.

Pour lui, « le rhumatisme chronique n'est pas une maladie en soi; c'est la réaction inflammatoire qui, dans les articulations ou les tissus fibreux, est la conséquence de quelque état pathologique, généralement une toxémie chronique ».

Robert Clément.

LE PROGRÈS MÉDICAL (Paris)

André Lemaire et **Robert Worms.** ***Les variations de la tension du liquide céphalo-rachidien sous l'influence de la saignée*** (*Le Progrès Médical*, n° 25, 18 Juin 1932). — Des recherches expérimentales chez le chien ont montré, grâce à l'inscription graphique simultanée des pressions artérielle, veineuse et rachidienne, les relations étroites qui unissent la tension du liquide céphalo-rachidien avec les pressions vasculaires. Les variations de la masse sanguine déterminent des variations parallèles des pressions artérielle, veineuse et rachidienne; après une saignée brusque, elles s'abaissent brusquement toutes les 3, pour revenir peu à peu à leur taux primitif. Quand la saignée est lente, pour une même quantité de sang retiré, le mécanisme régulateur limite la chute tensionnelle.

Pour une spoliation sanguine égale, la ligature préalable du pédicule splénique exagère l'amplitude de la chute tensionnelle et la pression rachidienne ne remonte pas spontanément à son chiffre initial.

La double vagotonie, l'injection d'atropine ne modifient pas l'effet de la saignée sur la pression rachidienne; la pilocarpine inhibe, au contraire, partiellement le mécanisme régulateur. Ce mécanisme paraît donc sous la dépendance du système sympathique. Pour mettre en œuvre cette régulation, le réflexe déclanché par la soustraction sanguine ne semble pas utiliser de relai sinusien.

Cette étude physiologique apporte quelques éclaircissements au problème de l'influence de la déperdition sanguine sur le système nerveux. Elle montre que la part attribuée à la sécrétion choroïdienne dans la régulation de la tension rachidienne paraît moins importante qu'on ne le croyait.

Robert Clément.

GAZETTE HEBDOMADAIRE des SCIENCES MÉDICALES DE BORDEAUX

J. Sabrazès, R. de Grailly et **J. Salabartan.** ***Contribution à l'étude cytologique de la synovie normale et de la synovie recueillie quelques minutes après injection d'argent colloïdal dans la cavité articulaire*** (*Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, tome LIII, n° 25, 19 Juin 1932). — Des franges de synoviales de bœuf, recueillies dans des zones particulièrement favorables pour l'examen du tissu réticulo-histiocytaire, ont été fixées au Boin et colorées au mucicarmin, trichrome, imprégnation argentique, hématoxylines, etc., pour en permettre l'étude histologique. « Dans les zones de tissu réticulo-endothélial, à côté des cellules unies par des prolongements, on voit des éléments globuleux libres et aussi des cellules polymorphes, monocytoïdes; les stratifications des cellules se font sur 3 à 5 couches en moyenne, mais l'orientation des éléments est irrégulière. »

La cytologie de la synovie normale a été étudiée sur du liquide synovial recueilli sur 65 bœufs, 8 chevaux et 16 moutons, centrifugé, étalé sur lames et coloré avec différents fixateurs et colorants. L'exposé analytique des constatations faites sur les préparations ainsi colorées montre un polymorphisme cellulaire considérable: cellules allongées et renflées à long et gros noyau chromophile, cellules quadrangulaires à noyau rond, éléments globuleux à noyau médian ou excentriques à cytoplasme basophile; la dimension des cellules varie de 8 à 20 microns. Parfois les cellules sont groupées. Certaines d'entre elles présentent des granulations, des vacuoles, de petites vésicules graisseuses dans leur cytoplasme. Il existe des traînées de mucoïdes extra-cellulaires.

L'étude des mitochondries par la méthode de Regaud, sur le liquide synovial des articulations du genou ou du cou-de-pied de 8 bœufs et 5 moutons, montre: 1° Des cellules arrondies, uninucléées, à membranes nucléaires nettes, à chromatine comme rétractée dans la substance nucléaire. Zone périnucléaire chromophobe; le cytoplasme est souvent dépourvu de toute mitochondrie; 2° parfois il existe des phénomènes de cytoplasmolyse et d'une nucléolyse partielle avec pycnose nucléaire; 3° ailleurs, la chromatine nucléaire est encore plus rétractée. D'autres éléments sont plus polymorphes, allongés, en fuseau; la chromatine est condensée en 4 à 8 grains; le cytoplasme est granuleux; on peut voir dans un de ces derniers éléments de petits bâtonnets et de petits grains mitochondriaux; ailleurs des vacuoles.

Chez l'homme, les frottis préparés selon la même technique sont analogues, mais les préparations obtenues sont moins riches en cellules.

Robert Clément.

J. Sabrazès, R. de Grailly et **J. Salabartan.** ***Contribution à l'étude cytologique de la synovie normale et de la synovie recueillie quelques minutes après injections d'argent colloïdal dans la cavité articulaire*** (fin). (*Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, tome LIII, n° 26, 26 Juin 1932). — Les cellules des liquides articulaires normaux rappellent les éléments observés à l'examen histologique des synoviales. Dans la synovie normale, on trouve des hématies (100 à 150 par millimètre cube), des éléments blancs (100 à 400 par millimètre cube). Ces leucocytes sont polymorphes; lymphocytes et polynucléaires neutrophiles sont très rares ; il n'y a jamais d'éosinophiles ni de mastzellen. Certaines cellules ont un aspect endothélial et parfois sont groupées en petits placards. Parmi les cellules bordantes de la synoviale, il en est qui sont plates, endothélioïdes, à noyau rond central.

Les caractères essentiels des éléments cellulaires de la synovie sont leur polymorphisme et leur groupement; les cellules sont tantôt isolées, tantôt groupées en petits amas. Granulations et vacuoles peuvent exister dans une même cellule ou être isolées. Le fond des préparations est constitué de nappes d'albumine coagulée, colorée en jaune pâle au mucicarmin, de filaments, d'amas et de flaques de mucus souvent hyalin, çà et là fibrillaire.

Dans quelques cellules, S., G. et S. ont mis en évidence, par le procédé de Regaud, des éléments d'un chondriome. Dans d'autres, on trouve des granulations azurophiles.

Certaines des cellules histiocytaires, monocytoïdes de la synovie, captent les colorants vitaux et aussi l'argent colloïdal comme les cellules réticulo-histiocytaires, fixées ou libérées. Les cellules monocytoïdes des liquides synoviaux ne présentent généralement pas les caractères typiques de monocytes mûrs ou vieillis du sang normal; on ne saurait les considérer du moins à l'état normal comme étant hématogènes, elles sont histiogènes.

Robert Clément.

MAROC MÉDICAL (Casablanca)

R. Broc. ***Un cas d'amibiase pulmonaire pure chez un musulman tunisien. Congestion pulmonaire avec hémoptysie. Guérison rapide par l'émétine*** (*Maroc Médical*, n° 119, 15 Mai 1932). — Un jeune Arabe de 18 ans présenta un point de côté, une température élevée et des crachats hémoptoïques. Les phénomènes se poursuivirent pendant un mois avec toux quinteuse et petites hémoptysies. On crut d'abord à une congestion pulmonaire banale, puis à une tuberculose subaiguë unilatérale; mais l'absence de bacilles de Koch dans les crachats et la présence d'amibes dysentériques à l'état prékystique dans les selles permit de redresser le diagnostic. Le traitement par l'émétine guérit le malade en une huitaine de jours.

Il faut donc tenir compte de l'existence d'amibiase pulmonaire pure en Tunisie et y songer dans les congestions pulmonaires avec hémoptysies et chez les malades suspects de tuberculose chez lesquels plusieurs examens de crachats restent négatifs.

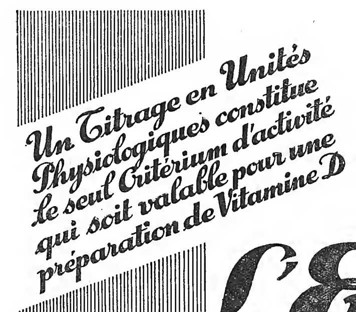
Le traitement par l'émétine a l'efficacité d'un traitement spécifique. S. n'a pas obtenu de résultats aussi rapides et aussi éclatants dans un certain nombre d'affections pulmonaires banales.

Robert Clément.

ARCHIVES DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE (Marseille)

J. Piéri. ***Le syndrome neuro-psychique des colites acides*** (*Archives de Médecine Générale et Coloniale*, tome I, n° 3, Mars 1932). — Dans nombre de colites de long cours, on trouve réunis 3 ordres de symptômes: nerveux, psychiques et colitiques ou un ou plusieurs éléments de ce syndrome. Il s'agit en général de manifestations discrètes et curables.

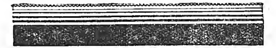
La colite acide ou colite de fermentation se caractérise au point de vue coprologique par l'abondance des fermentations gazeuses intestinales, l'absence de digestion des hydrates de carbone et surtout de l'amidon, la présence d'une flore iodophile très nombreuse et de clostridies et sur-



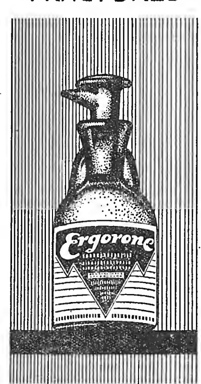
L'Ergorone

est titrée à

6.000 unités au centimètre cube
soit 200 unités pour une goutte



RACHITISME
DÉCALCIFICATION
CARIES
OSTÉOMALACIE
FRACTURES



L'ERGORONE ne contient aucune impureté toxique ni même simplement inactive.

Un contrôle physique et biologique de l'ERGORONE, rigoureusemer' appliqué, assure à ce produit un activité constante.



Société Parisienne d'Expansion Chimique
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE . PARIS (3e)

tout l'augmentation de l'acidité organique des selles qui atteint les chiffres de 25 à 40.

Ces colites retentissent sur l'estomac, le foie, qui réagit par des poussées d'angiocholite et de cholécystite à l'apport incessant des autotoxines intestinales, sur le rein (albuminurie, glycosurie, colibacillurie), sur la peau (urticaire, acné, perlèche), sur l'appareil cardio-vasculaire, le poumon et même l'appareil génital.

A côté de toutes ces manifestations, existe parfois un syndrome neuro-psychique dont les principaux éléments sont les céphalées, les vertiges, les troubles oculaires corollaires de l'état migraineux, l'insomnie ou des phases d'onirisme et des cauchemars pénibles et déprimants. La répétition des accès migraineux et de l'insomnie, l'état de découragement du malade aboutissent à l'anxiété; parfois surviennent des obsessions et des troubles de la mémoire. Il est possible que ces malades soient constitutionnellement prédisposés et que la colite ne fasse que favoriser l'éclosion du syndrome psychique.

L'auto-intoxication colitique peut encore provoquer le tremblement des extrémités, des spasmes musculaires, quelquefois une véritable tétanie. Si jamais aucune paralysie n'a été rencontrée, on a vu de l'incoordination et P. a observé un cas de dysarthrie intermittente.

La pathogénie des troubles mentaux et nerveux reposerait sur la non-dislocation de la molécule albuminoïde par la muqueuse intestinale. Il se répandrait dans le foie d'abord, puis à travers tout l'organisme, des peptones non désintégrées, responsables de l'intoxication et des chocs colloïdoclasiques qui peuvent survenir. Des phénomènes de résorption toxique, dus aux fermentations anormales, et notamment la mise en liberté de l'ion H, jouent probablement aussi un rôle.

Robert Clément.

M. Périot. ***Mécanisme physiopathologique des troubles nerveux dans les fermentations acides*** (*Archives de Médecine Générale et Coloniale*, tome I, n° 3, Mars 1932). — La portion initiale du gros intestin forme une vaste poche où le chyme séjourne pendant quelques heures; il règne là une flore spéciale de levures et de microbes iodophiles ayant le pouvoir de digérer la cellulose. Après quatre à cinq heures, le contenu du cæco-ascendant franchit rapidement le transverse et vient stagner dans l'anse sigmoïde où une flore protéolytique, anaérobie, libératrice de bases ammoniacales, neutralise l'acidité de telle sorte que les fèces définitives sont alcalines. Lorsque l'ingestion des hydro-carbonés et des celluloses devient excessive, la production acide submerge la flore alcaline dont le développement est entravé; la neutralisation nécessaire se fait aux dépens des sels de chaux et de magnésie qui sont empruntés à l'organisme et rejetés dans les matières d'où, première conséquence, spoliation d'une certaine quantité de Ca et de Mg, éléments indispensables au bon fonctionnement nerveux.

La surabondance des acides organiques dans le milieu colique irrite la muqueuse et favorise le passage dans le sang veineux portal, soit des microbes, soit de produits toxiques divers. Les acides franchissent la muqueuse intestinale sous la forme de sels ammoniacaux. Le foie fixe et transforme en partie ces sels ammoniacaux et exerce un barrage protecteur contre l'acidose sanguine, mais son pouvoir acido-pexique est très limité.

Lorsque l'acidose sanguine est réalisée, les centres nerveux vont réagir, les bulbaires en première ligne et dans l'ordre, le respiratoire, le cardiaque, le vaso-moteur, les sudoraux, pour déclancher les réactions compensatrices de défense.

A côté du mécanisme humoral, il est probable qu'il existe des troubles réflexes. La poche cæcale reçoit des filets du sympathique. Que ce soit par réflexe vrai ou par hyperexcitabilité de contact, le sympathique est vivement irrité dans tous les cas de fermentations acides. Cette irritation se manifeste par des troubles cardiaques ou circulatoires, tachycardie, extra-systoles, sautes de tension, bourdonnements d'oreilles, troubles de la vue et angiospasmes.

Le traitement doit s'inspirer de ces directives, neutraliser l'excès d'acidité, assurer une bonne chasse biliaire et calmer le sympathique.

Robert Clément.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

F. Dumarest, P. Rougy et **H. Mollard.** ***La pleurotomie dans le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses*** (*Archives Médico-Chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*, tome VII, n° 1, 1932). — En principe, la pleurotomie est commandée par l'infection intarissable de la cavité pleurale, lorsque les autres moyens de la combattre et d'en neutraliser les effets généraux ont échoué, et lorsque la cause qui la provoque ne peut être supprimée. Lorsque l'infection secondaire existe, il n'y a plus cette complication à redouter et la fistulisation, si elle ne s'est faite spontanément, est inévitable; la pleurotomie ne présente que des avantages en supprimant l'abcès chaud. Lorsque la pleurésie est purement tuberculeuse, la pleurotomie peut présenter encore des avantages qui surpassent ses dangers dans certains cas: lorsque l'état général est incapable de supporter tout de suite une thoracoplastie et que les traitements médicaux sont restés sans effet; dans les cas où le drainage externe est le corollaire obligé de la thoracoplastie chez un malade porteur de pleurésie.

La pleurotomie est une opération bénigne dont la pire complication est l'inefficacité. L'ulcération de la paroi thoracique autour du drain par le pus, les hémorragies secondaires et surtout les infections associées ne sont pas très fréquentes.

Sur 22 malades, suivis régulièrement, sur lesquels des pleurotomies ont été pratiquées de 1924 à 1930, la plus récente datant d'un an, 4 ont obtenu la fermeture spontanée de leur fistule pariétale, 2 avec l'aide d'une symphyse totale, 2 gardent une poche de pneumothorax; 4 ont, après thoracoplastie, vu se fermer d'une manière définitive leur fistule et sont en bon état. 8 gardent encore un drainage par lequel s'écoulent quotidiennement 10 à 30 cmc de pus ou de sérosité louche, mais ils sont apyrétiques et ont un état général floride. 2 ont repris un état général satisfaisant, mais l'écoulement par le drainage est encore abondant. 4 malades ont succombé dans un délai de deux mois à deux ans après la pleurotomie, 2 après thoracoplastie, 1 de cachexie et 1 de méningite. On n'a jamais vu de cachexie amyloïde.

Il est parfois très difficile de faire le diagnostic de l'infection secondaire de la plèvre et un certain nombre de cas peuvent échapper. L'indication de la pleurotomie doit se baser surtout sur la clinique: intensité et durée des accidents généraux. Dans 72 pour 100 des cas le résultat semble satisfaisant, dans quelques cas ils sont excellents et peuvent aller jusqu'à la guérison sans autre intervention.

Robert Clément.

L'ENCÉPHALE (Paris)

F. Morel. ***Les hallucinations monoculaires du delirium tremens*** (*Encéphale*, tome XXVII, n° 5, Mai 1932). — Etude basée sur les 24 dernières observations de delirium tremens traité à l'Asile de Bel-Air. Les phénomènes décrits n'ont été modifiés par l'action d'aucun agent thérapeutique. Le malade, couché, fixait le plafond gris avec un œil, l'autre demeurant obturé sans pression.

L'hallucination monoculaire consiste en une figure limitée, non complètement opaque, souvent multiple à petits éléments, que le malade qualifie de poussière, buisson, rosée. En réalité elle est constituée par un scotome positif, paracentral. Le champ visuel est rétréci notablement, surtout pour le vert. Le scotome du delirium tremens est à rapprocher de l'amblyopie alcoolique, dont Uhthoff localise les lésions au faisceau maculaire, dans son trajet préchiasmatique. Le scotome peut être le fait de paresthésies, dues à l'irritation rétro-bulbaire.

Le scotome, hallucination monoculaire, est plus fréquent, précoce, tenace, que l'hallucination binoculaire. La vision binoculaire modifie la constitution des scotomes; elle leur permet de prendre place dans le décor réel. Elle augmente leur mobilité, qui traduit seulement la mobilité des globes oculaires.

G. d'Heucqueville.

J. Lhermitte. ***L'hallucinose pédonculaire*** (*Encéphale*, tome XXVII, n° 5, Mai 1932). — L. rapporte 2 observations fort démonstratives. La première est celle d'une femme de 72 ans, chez qui, brusquement, se constitue une hémi-ophtalmoplégie droite. Hallucinose visuelle vespérale: chats, poules, etc., à la réalité desquels elle croit quelque temps. Troubles du rythme du sommeil.

La seconde malade tombe brusquement dans une léthargie profonde. Ophtalmoplégie extrinsèque et intrinsèque. La léthargie se dissipe et fait place à une obnubilation marquée: la malade voit défiler devant elle des animaux, des personnages silencieux.

L. Van Bogaert a apporté la première autopsie d'un cas d'hallucinose: les lésions intéressaient le noyau rouge, le pied du pédoncule, les tubercules quadrijumeaux, les fibres intra-pédonculaires de la 3e paire.

L'hallucinose peut résulter d'une imprégnation élective sur le diencéphale. L. en rapporte un cas, avec vérification histo-chimique.

Les faits rassemblés dans cet article mettent en évidence la parenté étroite qui unit l'hallucinose pédonculaire et les troubles du sommeil. La première, au même titre que le rêve, l'onirisme, peut donc être rattachée au grand chapitre des seconds.

G. d'Heucqueville.

L'HYGIÈNE MENTALE (Paris)

L. Faivre. ***Les jeunes vagabondes prostituées en prison*** (*L'Hygiène mentale*, tome XXVII, n° 4, Avril 1932). — Etude très vivante résumant les conclusions de l'observation journalière de 622 vagabondes incarcérées à Fresnes, dont 510 étaient prostituées. Chacune d'elles a été priée d'écrire le journal de sa vie et d'indiquer les circonstances de sa chute.

F. insiste sur la fréquence de l'initiation féminine. Il estime que les mineures prostituées ayant dépassé 16 ans sont inamendables.

G. d'Heucqueville.

G. Paul-Boncour. ***Quelques considérations sur la prostitution des mineures*** (*L'Hygiène mentale*, tome XXVII, n° 4, Avril 1932). — Revue d'ensemble sur le dépistage, la sélection, le redressement des mineures prostituées clandestines. B. estime ainsi l'importance respective des causes de ce mal social: *misère* 10 pour 100, *chômage* 40 pour 100, *alcoolisme* 12 pour 100, *paresse* 20 pour 100, *immoralité* 52 pour 100, *mauvais exemple* 84 pour 100, *séduction* 11 pour 100 (des individus). Parmi les prostituées mineures: 3 pour 100 sont bien

douées, 22 pour 100 sont normales, 52 pour 100 sont d'intelligence médiocre, 12 pour 100 sont débiles, 70 pour 100 sont atteintes de troubles du caractère, 18 pour 100 sont perverses.

Il préconise, pour le redressement des amendables, l'internement dans un établissement comportant : éducation professionnelle, instruction des arriérées, soins gynécologiques.

G. d'Heucqueville.

P. Meignant. ***L'orientation et la sélection professionnelles*** (*L'Hygiène Mentale*, tome XXVII, nº 5, Mai 1932). — Le Comité national d'Etudes sociales et politiques a consacré à ce vaste problème une séance tenue dernièrement à la Cour de Cassation sous la présidence du Dr Marchoux.

Le Dr Sollier insiste sur les différences profondes qui séparent l'orientation de la sélection professionnelle. L'*orientation professionnelle* s'applique à déterminer les aptitudes des adolescents n'ayant pas encore travaillé. Ses résultats, inductifs, sont seulement qualitatifs, entachés de subjectivité, d'imprécision : l'adresse, le coup d'œil, etc., sont également requis pour l'exercice de tous les métiers !

La *sélection professionnelle* au contraire cherche à classer les travailleurs d'un même métier. Cette sélection s'opère naturellement en comparant les résultats donnés par chacun d'eux dans les diverses opérations du métier étudié : elle est objective, basée sur des appréciations quantitatives.

Bref, M. Sollier demande que les deux disciplines soient nettement séparées ; il attend de plus grands services de la sélection que de l'orientation professionnelle.

M. Lahy rapporte les résultats obtenus par la psychotechnique, notamment dans la marine française. M. Piéron soutient que l'orientation professionnelle n'a pas encore saisi les processus psychiques importants pour la classification des individus. Le professeur Chauffard exclut les carrières libérales du champ d'action de l'orientation professionnelle. M. Laugier, au contraire, estime que les concours, les examens, réalisent une forme primitive d'orientation professionnelle.

L'orientation professionnelle, appelée à poser un pronostic et une hygiène, semble plus près des méthodes cliniques que la sélection professionnelle, opérée jusqu'ici par les industriels et les ingénieurs.

G. d'Heucqueville.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Hermann Frenzel. ***Tumeurs au voisinage du 4e ventricule avec nystagmus calorique battant dans une direction anormale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, nº 19, 7 Mai 1932). — On sait que l'irrigation de l'oreille à l'aide d'eau froide fait apparaître, chez l'individu normal, un nystagmus horizontal ou rotatoire dirigé du côté opposé à l'oreille irriguée. En même temps, les bras se dévient du côté de l'oreille excitée. Le nystagmus peut être modifié dans son mode et dans la direction où il bat. Dans ce dernier cas, on observe que le nystagmus bat du côté excité ou devient vertical.

F. donne trois observations de ce genre dans lesquelles la fonction d'audition était intacte des deux côtés. Dans un premier cas où il y avait sarcome du plancher du 4e ventricule, on observait, au cours de l'irrigation gauche, une déviation conjuguée vers la gauche puis un nystagmus vertical vers le haut. Dans un second cas, il s'agissait de glio-sarcome du vermis comprimant le plancher du 4e ventricule et on observait, au cours de l'irrigation gauche, une déviation de l'œil vers la droite et un nystagmus rotatoire vers la gauche, associé à du nystagmus vertical vers le haut. Dans le troisième cas, épendymome du 4e ventricule, on observait, au cours de l'irrigation droite, un nystagmus vertical vers le haut.

Pour F., ces constatations permettent de conclure, même en l'absence de recherches histologiques, à un trouble des fonctions du noyau et des voies du nerf vestibulaire. En somme, il y aurait une sorte de court-circuit entre les voies et le noyau. Un trouble de ce genre se rattache, comme le montrent les observations de F., à un processus survenant dans les pédoncules cérébraux ou dans le voisinage immédiat.

Le fait que le nystagmus calorique batte dans une direction anormale en même temps qu'il y a sous-excitabilité du nerf vestibulaire et que les fonctions cochléaires sont intactes peut être considéré comme un symptôme pédonculaire utilisable au point de vue diagnostic.

P.-E. Morhardt.

Rudolf Kanzler. ***Bactériophage et bactéries du duodénum chez les sujets sains et malades*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, nº 19, 7 Mai 1932). — K. a procédé à un examen du suc duodénal chez 37 sujets dont 10 normaux. Chez ces derniers, il a trouvé des streptocoques et des bâtonnets gram-positifs du groupe de l'acidophile et du streptococcus lacticus dans 40 pour 100 des cas ; des coccus gram-négatifs provenant peut-être du pharynx, dans 50 pour 100 des cas, du Bacillus aerogenes et des bacilles gram-négatifs et enfin une stérilité complète dans 40 pour 100 des cas. Chez ces sujets, il n'a jamais été trouvé de coli. Par contre, chez les sujets malades, les coli sont fréquents lorsqu'il existe de l'acide libre dans l'estomac. Mais la proportion de coli trouvés varie beaucoup.

Le suc duodénal présente du bactériophage aussi bien chez les sujets sains que chez les malades. Dans les 37 cas, il a été trouvé également des phages dans les fèces. Dans 1 cmc de suc duodénal, l'activité du phage se fait sentir jusqu'à des dilutions de 10^6 et les coli sont tués par lui en cinq heures.

P.-E. Morhardt.

Bernhard Zondek et **Hans Krohn.** ***Hormone du lobe moyen de l'hypophyse (Intermédine). II. Intermédine dans l'organisme*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, nº 20, 14 Mai 1932). — Z. et K. poursuivent l'exposé de leurs travaux sur l'intermédine (voir *La Presse Médicale* du 4 Juin 1932). Ils ont d'abord évalué en unités Phoxinus la proportion de cette hormone dans l'hypophyse de divers animaux. Ils en ont ainsi trouvé 7 dans l'hypophyse de vairon, 200 à 300 dans celle de lapin et 4.000 à 7.000 dans celle d'homme. Rapporté au gramme, on constate chez le bœuf 3.300 et chez l'homme 10.000 unités.

Mais cette hormone n'est pas répartie également dans toute l'hypophyse. En utilisant la glande de bœuf qui permet assez facilement d'isoler le tissu du lobe intermédiaire, Z. et K. ont pu constater la présence, par gramme, de 2.857 unités dans le lobe antérieur, de 80.000 dans le lobe moyen et de 11.000 dans le lobe postérieur. La colloïde contient 20.000 unités par gramme. C'est donc bien le lobe moyen qui est de beaucoup le plus riche. La richesse des tissus constitutifs de la glande diminue au fur et à mesure qu'on s'éloigne de ce lobe intermédiaire.

Il est d'ailleurs admis par beaucoup d'auteurs que la substance active sur les mélanophores a pour origine précisément ce lobe intermédiaire. Z. et K. rappellent à ce sujet l'observation de Bayer sur une souris blanche chez laquelle il a été constaté que le lobe intermédiaire avait été détruit par un parasite.

La richesse de l'hypophyse en intermédine a été étudiée chez une série de malades. Le taux le plus faible a été constaté en cas d'anémie pernicieuse et le taux le plus élevé en cas d'urémie, de cancer du foie et d'obésité eunuchoïde. Il y a lieu d'admettre que l'intermédine passe par le pédoncule de l'hypophyse. Cependant, elle ne se retrouve que dans le 3e ventricule, c'est-à-dire dans le tuber cinereum, dans l'hypothalamus et dans la substance grise périventriculaire. Dans le liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction sous-occipitale ou par ponction lombaire, on n'en retrouve plus du tout. Ainsi, le comportement de cette hormone est tout différent de celui des hormones du lobe postérieur qui se retrouvent dans le liquide recueilli par ponction lombaire. En outre, l'intermédine ne se retrouve dans aucun autre organe. Pendant la gestation, la production de cette hormone n'augmente pas.

P.-E. Morhardt.

W. Keller. ***Résorption entérale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, nº 20, 14 Mai 1932). — L'opinion d'après laquelle la paroi intestinale normale est imperméable pour des albumines alimentaires non modifiées est encore très répandue. Cependant, comme le remarque K., les méthodes de précipitation sérologique ont permis de constater le passage d'albumines intactes à travers la paroi intestinale du nourrisson. De même, l'épreuve de Prausnitz-Küstner a confirmé le fait.

Dans ces conditions, K. a repris de nouvelles recherches principalement en utilisant la réaction de Prausnitz-Küstner chez 12 nourrissons. Il a ainsi pu constater chez un nourrisson de un mois tout à fait bien portant, que l'administration rectale de 0,05 cmc de blanc d'œuf dissous dans 10 cmc de Ringer provoque une réaction qui débute au bout de soixante minutes. La période de latence la plus courte après administration duodénale a été de trois minutes. L'administration par la bouche ou par la sonde gastrique de 0,1 cmc de blanc d'œuf était suivie d'une réaction au bout de trente minutes.

La réaction se produit avec le maximum de rapidité après administration rectale et avec le maximum de lenteur après administration par la sonde gastrique. Mais d'autres différences s'observent. On peut songer à les expliquer par les considérations suivantes. Le blanc d'œuf représente un antigène constitué par diverses réagines. Chacun de ces éléments peut être saturé indépendamment des autres. S'il n'y a sensibilité que pour la réagine saturée, la réaction n'apparaît pas. Il est possible, en outre, que les réagines soient résorbées d'une façon élective ou avec une vitesse particulière, de sorte que la réaction observée ne réponde pas toujours à l'administration de l'antigène global.

Ainsi, cette méthode pourrait permettre d'étudier la vitesse avec laquelle l'antigène ou ses constituants traversent la paroi intestinale. L'administration concomitante de corps gras paraît d'ailleurs gêner la résorption de l'antigène. Cependant, l'injection intra-cutanée d'un mélange de blanc d'œuf et de graisse donne des résultats positifs.

P.-E. Morhardt.

O. Naegeli. ***Remarques sur les expériences faites « in vitro » relatives à l'hypersensibilité cutanée*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, nº 20, 14 Mai 1932). — Dans des recherches antérieures (voir *La Presse Médicale* du 26 Juillet 1930), N. a pu montrer, *in vitro*, que le siège de l'hypersensibilité pour l'antipyrine se trouve dans la couche de Malpighi. Mais en cherchant à généraliser et à appliquer cette méthode à d'autres exanthèmes, les résultats ont été négatifs, sauf dans le cas d'iodure de potassium. Ainsi, dans un cas d'idiosyncrasie au pellidol, idiosyncrasie qui paraît se rattacher à la présence de corps à structure chinonique, la méthode a complètement échoué. Il en a été de même pour des hypersensibilités au sublimé et au baume du Pérou.

En ce qui concerne l'hypersensibilité à la formaline qui est toujours eczémateuse à une concentration suffisante, N. se demande s'il ne s'agit pas d'un effet de déshydratation qui provoquerait l'arrivée compensatrice d'un excès d'eau et par suite une imbibition de l'épiderme. Dans ces conditions, des effets *in vitro* ne sont pas vraisemblables. Ils n'ont d'ailleurs pas été constatés. En ce qui concerne les substances qui doivent être employées en solution alcoolique ou qui ont des propriétés fixantes, il en est de même. Des réactions ne peuvent être espérées que *in vivo*.

En utilisant la peau présentant une réaction allergique extrêmement marquée pour la tuberculine, les résultats ont été les mêmes. Avec la teinture d'iode, c'est-à-dire avec une solution alcoolique d'iode, il n'a été obtenu aucun résultat positif. Par contre, avec les solutions aqueuses d'iodure de potassium, la réaction a été positive. Elle l'a d'ailleurs été également chez les sujets de contrôle. Cependant, on constate en pareil cas des différences quantitatives qui rendent la méthode applicable à l'iodure de potassium.

La raison pour laquelle cette méthode n'a de valeur que dans quelques cas particuliers doit donc être cherchée, pour une part, dans les propriétés fixantes de certaines substances et peut-être aussi, comme Darier l'a écrit à N., dans des modifications de l'état osmotique ou du pH.

P.-E. Morhardt.

E.-K. Frey, H. Kraut et **E. Werle.** ***Les effets hypoglycémiants de la kallikréine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 20, 14 Mai 1932). — F. et ses collaborateurs ne pensent pas que, comme Brugsch l'a prétendu, l'action des préparations de kallikréine (padutine) puisse s'expliquer par la présence d'acide adénylique ou d'acide adénosine-triphosphorique.

En tout cas, la kallikréine n'agit pas sur le sucre du sang d'animaux sains. Mais chez les animaux dépancréatés, ce produit a une action hypoglycémiante nette aussi bien après injection intramusculaire qu'après administration par la bouche. Les mêmes effets s'observent chez des sujets diabétiques. L'abaissement de la glycémie ainsi obtenue est parfois net.

Avec l'administration répétée de kallikréine à la dose de 11,7 unités pour remplacer 10 unités d'insuline, cet effet hypoglycémiant ne s'observe plus.

P.-E. Morhardt.

E. Zak. ***La faculté de l'organisme humain de s'imprégner d'eau provenant de l'air*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 21, 21 Mai 1932). — Les recherches par lesquelles Z. a mis en évidence le fait que l'organisme peut, dans certaines circonstances, résorber de la vapeur d'eau provenant de l'atmosphère, a rencontré des contradicteurs. Z. a donc été amené à reprendre ses recherches pour en préciser la signification. Il a utilisé un ensemble de deux thermomètres formant psychromètre, l'un étant sec et l'autre entouré d'une gaze humide. Ces thermomètres sensibles au 1/10 de degré donnent une température différente tant que l'atmosphère dans laquelle ils sont plongés n'est pas saturée d'humidité. Si on les enferme dans une enceinte étanche et qu'on élève progressivement la température à 28°, on constate qu'à partir d'un certain moment les deux thermomètres donnent les mêmes chiffres parce que l'évaporation du thermomètre humide ne se fait plus, l'atmosphère étant saturée. Si on introduit dans l'enceinte du chlorure de calcium, on fait baisser la température du thermomètre humide.

Z. a appliqué ce dispositif sur la peau et fait ainsi 83 observations. Dans certains cas, on constate que les deux courbes de température se rejoignent parce que l'évaporation d'eau est plus grande que la résorption. Parfois même, la température du thermomètre humide peut dépasser celle du thermomètre sec. Dans d'autres cas, le thermomètre humide se tient constamment au-dessous du thermomètre sec et on constate, en étalonnant l'appareil, qu'il a dû être résorbé une quantité d'eau qui dépasse d'une quantité déterminée l'eau qui a été évaporée.

L'eau ainsi résorbée ne reste naturellement pas en place. En ajoutant de la pituitrine, on a constaté 4 fois sur 5 une diminution importante de la différence entre les températures, soit parce que la résorption a diminué, soit parce que l'évaporation a augmenté.

Normalement, il n'y a pas de tendance à la rétention de l'eau résorbée par la peau. Il en est autrement quand l'affinité des tissus pour l'eau a augmenté. En ce cas, l'eau résorbée par la peau comme l'eau ingérée peut être fixée par les tissus. Ce processus doit intervenir surtout dans les cas où il y a stase et où on observe une augmentation de poids inexplicable autrement.

P.-E. Morhardt.

Albert Fischer. ***Mesure de l'antiprothrombine du sérum sanguin*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 22, 28 Mai 1932). — Les effets de l'antiprothrombine (héparine) sur la coagulation et sur la précipitation des albumines présentent, d'après F., des relations étroites. Sous l'influence de l'antiprothrombine, il y aurait déplacement vers l'acidité du point isoélectrique et augmentation de la solubilité des albumines. D'un autre côté, cette substance, à forte dose, inhibe la floculation et ralentit la coagulation tandis que, au contraire, à petites doses, elle favorise les deux phénomènes.

En utilisant la précipitation des albumines, F. est arrivé à trouver une méthode de dosage de très petites doses d'antiprothrombine. Il réussit ainsi à évaluer des concentrations de l'ordre 1/6, 10-6. Cette méthode se montrerait très supérieure à celle de Howell qui entraîne une perte importante d'héparine.

D'autre part, il a été constaté que la concentration de la globuline joue un rôle déterminant quant à l'importance de la floculation. Mais l'adjonction d'héparine à de la globuline pure augmente fort peu la floculation. Par contre, des traces d'héparine provoquent une précipitation de la sérine pure. F. est arrivé ainsi à dresser une courbe avec zéro vrai, fixant par conséquent les valeurs d'antiprothrombine intervenues. Ces recherches ont montré que la globuline du sérum n'est pas autre chose qu'un complexe sérine-héparine. En d'autres termes, la proportion de globuline du sérum exprimerait la quantité d'antiprothrombine existante.

Dans ces conditions, il devrait y avoir concordance entre la quantité de globuline et la coagulabilité du plasma, ce que F. a vérifié notamment avec du plasma de poulet. La globuline est beaucoup plus importante dans le sang de poulet que dans celui de cheval. Il en est de même pour l'antiprothrombine. Chez l'homme, on trouve que la quantité normale de globuline donne normalement une opacification pour des chiffres allant de 138 à 298, tandis qu'en cas d'ictère sévère, on trouve le chiffre de 500. Pour trouver ces chiffres, on ajoute à 9 cmc d'une solution d'acide acétique à n/180 0,03 cmc de sérum, puis 1 cmc d'une solution d'acétate de soude à n/10. Au bout de dix minutes, on note l'opacification et ensuite on fait la lecture d'après la courbe dressée par F.

P.-E. Morhardt.

E. Toenniessen et **H. von Hecker.** ***Hyperfonction des parathyroïdes (hyperparathyroïdisme) et maladie osseuse de Recklinghausen*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 22, 28 Mai 1932). — Il s'agit d'une femme de 32 ans, soignée en 1927, qui présente de la fatigabilité, de l'inappétence et de la pâleur croissante. On fait d'abord le diagnostic d'asthénie puis, en 1928, il apparaît des douleurs dans le bassin et enfin une fracture du fémur gauche. On s'aperçoit alors qu'il s'agit d'une affection interne et un examen permet de constater, dans l'abdomen, au-dessus des aines, des tumeurs dures en relations avec les os iliaques. Le calcium du sang s'élève à 16 milligr. et le potassium à 20,7. Il y a une fièvre légère et rémittente.

Les rayons Rœntgen ont montré l'existence d'une affection osseuse caractérisée par la disparition des trabécules osseuses. La corticale ne peut pas être distinguée de la médullaire. On observe l'existence de kystes dans la tumeur dépendant des os iliaques.

Une épreuve permet de constater sans administration d'aucun médicament, que les bassinets sont opaques et donnent une ombre telle qu'on distingue tous les calices rénaux. On fait donc le diagnostic d'ostéodystrophie fibreuse kystique généralisée et on songe à une hyperfonction des parathyroïdes. A ce moment, les travaux de Mandl et de Gold n'étaient pas connus de T. et H. de sorte qu'on n'a pas poursuivi de recherches de ce côté. Ultérieurement, la malade a eu une seconde fracture de la cuisse puis elle est morte, vraisemblablement d'insuffisance rénale par pyélonéphrite. Le diagnostic paraît à T. et H. bien établi par les symptômes cliniques.

P.-E. Morhardt.

H. Küstner. ***Lumière rouge dans le traitement des hémorragies génitales importantes*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 22, 28 Mai 1932). — K. pense que les radiations aux rayons rouges sont capables d'activer les hormones circulantes et plus spécialement les hormones sexuelles car la réaction de Aschheim-Zondek est renforcée quand on soumet les souris à ces radiations. Il a donc utilisé, pour traiter un certain nombre de femmes, une lampe Osram de 40 watts dont la lumière est filtrée par un écran rouge laissant passer aussi un peu de radiations ultra-rouges.

Cette méthode a été appliquée dans des anomalies de la menstruation et plus spécialement dans des ménorragies qui surviennent au moment de la puberté ou encore un certain temps après un accouchement ou un avortement. En général, ces malades avaient déjà été traitées sans succès par des hormones ou par un curettage. Elles présentaient ordinairement un certain degré d'hypoplasie et parfois une dégénérescence kystique des ovaires.

K. donne l'observation de 4 de ces malades chez lesquelles les hémorragies ont cessé peu de jours après le début du traitement. Ces effets doivent être attribués aux radiations allant de 650 à 750 μμ sans que d'ailleurs la malade éprouve une sensation de chaleur.

C'est surtout dans les hypoplasies que les résultats auraient été bons et spécialement quand il n'avait pu être obtenu de résultat par les préparations d'ovaire ou de préhypophyse.

K. pense que le sang est capable d'emmagasiner et de transporter la lumière sous une forme quelconque.

P.-E. Morhardt.

BRUNS' BEITRAEGE ZUR KLINISCHEN CHIRURGIE

(Berlin-Vienne)

Läwen (Königsberg). ***Sur l'arthrotomie interne et l'ouverture de l'articulation du genou dans les épanchements chroniques récidivants de cette articulation*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLV, n° 2, Avril 1932). — L'ouverture sous-cutanée de l'articulation du genou est une vieille intervention préconisée jadis par les chirurgiens français Goyrand, Bonnet, Malgaigne. En Allemagne, Payr a défendu à nouveau en 1927 le drainage interne des articulations

et l'auteur revient sur cette méthode avec huit observations personnelles inédites.

L'intervention n'est bien entendu indiquée que dans les arthrites chroniques au cours desquelles la diffusion de l'épanchement dans les tissus périarticulaires n'est susceptible d'entraîner aucune complication. C'est pourquoi il faut d'abord vérifier par une ponction exploratrice la notion de l'épanchement, et même vérifier les lésions de la synoviale par une biopsie extemporanée. On peut, soit pratiquer d'abord une véritable arthrotomie, puis après ouverture de la synoviale fixer les deux lèvres de l'incision synoviale aux muscles de voisinage, ce qui assure un bon drainage, tandis que la couverture cutanée est entièrement refermée.

On peut encore, après évacuation de l'épanchement, enfoncer un trocart dans le cul-de-sac supérieur de la synoviale et pratiquer ensuite l'ouverture avec le trocart de dedans en dehors.

Cette intervention paraît indiquée dans les arthrites chroniques récidivantes dues au rhumatisme chronique, aux arthrites post-traumatiques, à celles de la syphilis ainsi qu'à certaines formes de la blennorragie.

J. Sénèque.

Lenner (Königsberg). ***Sur l'ostéomyélite de la colonne vertébrale*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLV, n° 2, Avril 1932). — Il a été observé à la clinique de Königsberg quatre cas d'ostéomyélite de la colonne vertébrale, que nous résumons :

1° Homme âgé de 27 ans. Début brusque par une température à 38°, 39° et de violentes douleurs dans la région lombaire. On retrouve dans les antécédents de ce malade des accidents de pyodermite.

A l'examen de la colonne lombaire, on ne note ni rougeur, ni fluctuation, mais une très vive sensibilité.

Intervention immédiate : incision longitudinale : en enlevant les apophyses épineuses de L^2, L^3, L^4 on voit s'écouler du pus; on élève un arc vertébral et on ouvre le canal médullaire : pas de pus. Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison au bout de six à sept semaines. Présence de staphylocoque doré dans le pus.

2° Homme de 40 ans; ayant présenté neuf jours auparavant une ulcération sur le genou. Début par douleurs dorsales et thoraciques. La sensibilité est très vive entre la 5e et la 9e dorsales. L'examen radiologique montre l'existence d'un abcès latéro-vertébral.

Intervention au treizième jour : ablation de l'apophyse transverse de la 5e dorsale droite et de l'extrémité vertébrale de la 5e côte. Ouverture de l'abcès; tamponnement.

Empyème dans les jours suivants et drainage de la cavité pleurale après résection costale. Guérison. Une radiographie pratiquée trois mois après montre un affaissement à peu près total de la 5e vertèbre dorsale.

3° Homme de 20 ans; début brusque six semaines auparavant par de violentes douleurs dans la région lombaire, avec fièvre; tous les mouvements de la colonne dorso-lombaire sont très douloureux. A l'examen, il existe une tuméfaction à la hauteur de la 4e lombaire sur la ligne latérale. L'examen radiographique montre que la lésion initiale est sur l'apophyse épineuse de L^3. Intervention : ouverture d'un abcès postérieur à staphylocoques et résection des apophyses épineuses de L^3 et L^4. Guérison en quatorze jours.

4° Homme de 23 ans. Crises douloureuses dans le dos depuis deux ans et demi. Accentuation des douleurs depuis huit jours et apparition d'une tuméfaction dans la région lombaire gauche, à accroissement rapide. Par la ponction, on retire un liquide stérile à la culture; inoculation également négative. Fistulisation qui commande une ouverture large; six semaines après, douleurs violentes dans la région des apophyses épineuses de la colonne lombaire. Alors que les premières radiographies avaient été négatives, de nouvelles radiographies pratiquées trois mois après montrent des lésions sous le corps et à la partie inférieure de L^1. Leur biopsie ne révèle que des lésions d'inflammation chronique. Immobilisation dans un corset plâtré. Il s'est agi dans ce cas d'une véritable *ostéomyélite chronique* de la colonne lombaire, ainsi que l'a prouvé l'évolution.

J. Sénèque.

Drost et **Buzello** (Duisbourg). ***Sur le traitement symptomatique du tétanos par l'avertine*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLV, n° 2, Avril 1932). — D. et B., publient un cas de guérison de tétanos, que l'on ne peut malgré le titre de leur communication attribuer uniquement à l'avertine, car de nombreux moyens thérapeutiques furent utilisés.

Il s'agit d'un enfant de 8 ans, qui est amené en plein tétanos. L'accident primitif remonterait à 8 à 10 jours auparavant; l'enfant se serait blessé avec une écharde dans le pied, écharde qui fut extraite aussitôt. Les premiers symptômes du tétanos apparurent vers le troisième ou quatrième jour avant l'admission de ce malade à l'hôpital.

On pratiqua d'abord l'exérèse de la porte d'entrée, puis on administra en quatre jours 45.000 E. de toxine tétanique par voies lombaire, sous-cutanée et intraveineuse. Pendant la journée on calmait l'enfant avec la morphine, le chloral et les injections d'une solution d'acide phénique à 3 pour 100. Pendant la nuit on administrait de l'avertine à la dose de 0,01 centigr. par kilogramme de poids. L'enfant reçut ainsi en cinq jours 10 gr. d'avertine. Ce médicament provoquait un sommeil d'environ sept à huit heures. Vers le neuvième ou dixième jour, les crises diminuèrent; l'amélioration fut très notable à partir du treizième jour de traitement et l'enfant sortait complètement guéri au quarantième jour.

J. Sénèque.

Erb (Königsberg). ***Le traitement moderne des arthrites suppurées du genou; l'opération de Läwen, comme traitement de choix dans les formes graves*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLV, n° 3, Mai 1932). — Tout le début de cet article est en quelque sorte une revue générale sur le traitement des arthrites suppurées du genou; E. envisage toutes les méthodes : drainage simple, méthode de Willems, résections, ponctions et injections modificatrices de bactériophage ou de substances antiseptiques.

Le but essentiel de ce travail est de défendre l'opération de Läwen dans les arthrites suppurées graves. Cette intervention consiste en une résection frontale de la partie postérieure des condyles fémoraux, résection qui donne de l'espace et permet un bon drainage de l'articulation. Elle doit être considérée comme la méthode de choix dans les formes graves quand, après le traitement conservateur ou l'arthrotomie latéro-rotulienne, se manifestent des phénomènes qui traduisent la rétention purulente à la face postérieure de l'articulation.

Dans ces quatre dernières années, cette intervention a été pratiquée quatre fois, sur 20 cas d'arthrite purulente du genou observés. Cette méthode permet d'éviter l'amputation; aucun décès post-opératoire n'a été observé.

J. Sénèque.

Kunz (Francfort A. M.). ***Thromboses post-opératoires et embolies pulmonaires à l'Hôpital Sainte-Marie de 1921 à 1929*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLV, n° 3, Mai 1932). — C'est à cause de son intérêt statistique que nous signalons ce travail qui ne se prête guère à l'analyse, à cause de ses multiples tableaux.

Sur 11.636 interventions pratiquées entre 1921 et 1929 on a observé 168 cas de thromboses (1,44 pour 100). Dans 99 cas (0,85 pour 100), il y a eu des manifestations emboliques; 34 malades (soit 0,29 pour 100) sont morts de cette complication.

Thromboses et embolies pulmonaires se présentent, certaines années, nettement plus souvent que d'autres années; leur fréquence s'est élevée de Novembre 1927 à Mars 1928.

Dans la statistique de K., les deux sexes sont frappés avec une égale fréquence, mais il faut souligner que la gynécologie est exclue de la statistique, alors que les interventions sur les voies urinaires y sont comprises.

Ce sont principalement les interventions sur les organes abdominaux et les voies urinaires qui se compliquent le plus souvent de thromboses et d'embolies; il n'y a pas eu de prédominance pour tel ou tel côté. C'est généralement du sixième au dixième jour après l'intervention que la complication apparaît.

Aucune préparation du malade avant l'intervention, aucun mode d'anesthésie ne permettent d'éviter thromboses et embolies post-opératoires.

J. Sénèque.

Paas (Cologne). ***De la sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson; traitement et résultats éloignés*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLV, n° 3, Mai 1932). — Entre 1924 et 1932, il a été observé 66 cas de sténose hypertrophique du pylore chez le nourrisson; 25 ont été traités par le traitement conservateur, 41 ont été opérés. C'est surtout pendant l'année 1931 que le traitement chirurgical a dépassé de beaucoup le traitement médical; sur 19 malades observés cette année, 15 ont été opérés.

On ne peut plus tenir compte des anciennes statistiques dans lesquelles la pyloroplastie accusait une mortalité opératoire de 12 à 16 pour 100.

Sur les 66 cas observés, trois malades sont morts ce qui donne une mortalité générale de 4,5 pour 100. Sur les 25 cas traités par les méthodes médicales il y a eu une mort, soit 4 pour 100 (mort par broncho-pneumonie et non par inanition). Sur les cas opérés, 2 malades sont morts, soit 4,8 pour 100 : 1 nourrisson opéré au stade d'inanition est mort dix-huit heures après l'intervention; le second décès est survenu chez un nourrisson de 6 semaines qui pesait seulement 2 kilogr. 400 et qui est mort quarante-huit heures après l'intervention, ayant eu encore un vomissement et une selle sanglante. L'autopsie a montré une inanition très marquée, l'anneau pylorique était bien sectionné; il n'y avait ni volvulus, ni invagination.

L'auteur termine par une étude radiologique des résultats éloignés de cette intervention, qui permet de juger du bon fonctionnement de la région pylorique.

J. Sénèque.

Borchardt et **Jaffé**. ***Au sujet des kystes du sein*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLV, n° 4, Juin 1932). — Dans cet article B. et J. essaient avant tout de dégager les rapports qui peuvent exister entre la maladie kystique de Reclus et les néoplasmes de la glande mammaire. Ces néoformations kystiques doivent-elles être considérées comme un état précancéreux, ainsi que de nombreux auteurs l'ont soutenu, et dès lors la constatation de cette lésion doit-elle conduire à des amputations du sein, avec curage axillaire?

Ainsi que le reconnaissent B. et J., il s'agit d'une lésion précancéreuse. Aussi préconisent-ils bilatérale. Rien ne permet d'affirmer qu'il s'agisse d'une lésion précancéreuse. Aussi préconisent-ils l'abstention chez les femmes au-dessous de 45 et 50 ans. On se contentera dans certains cas de ponctionner le kyste ou de faire des excisions partielles.

Chez les femmes au-dessus de 45 ou 50 ans, B. et J. préconisent l'intervention radicale : amputa-

tion du sein et curage des ganglions de l'aisselle, ce qui nous paraît abusif car si une telle pratique est légitime dans certains cas douteux, elle ne nous paraît pas devoir être érigée comme une ligne de conduite absolue.

J. Sénèque.

Bergemann. ***Pneumopéritoine ou péritonite gazeuse*** (*Bruns' Beiträge zur klinischen Chirurgie*, tome CLV, n° 4, Juin 1932). — A propos du pneumopéritoine spontané B. rapporte l'observation d'un blessé de guerre, qui avait reçu un éclat de grenade dans la poitrine et vit apparaître quelques jours après une forte tension au niveau de l'abdomen. L'intervention montra que l'éclat avait atteint en même temps la région sous-phrénique gauche, et cet orifice s'obturait momentanément par un fragment d'épiploon, ayant laissé passer l'air du thorax dans l'abdomen.

La deuxième observation est moins intéressante: elle concerne une femme de 40 ans présentant un néoplasme de l'utérus compliqué de phlébite et d'érysipèle. L'apparition d'un pneumopéritoine fit penser à une perforation spontanée de l'intestin. Une laparotomie sous anesthésie locale donna issue à du gaz sans odeur, mais la malade mourut les jours suivants. Il est regrettable que l'autopsie n'ait pu être pratiquée.

J. Sénèque.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA
(Montréal)

J. Saucier. ***Sclérose en plaques aiguë à forme triplégique. Rétention urinaire progressive. Hyperlymphocytose et hyperalbuminose rachidiennes*** (*L'Union Médicale du Canada*, tome LXI, n° 6, Juin 1932). — S. apporte l'observation d'un jeune homme de 14 ans dont l'affection commença par des engourdissements et des fourmillements du membre inférieur gauche suivis peu après de paralysie de ce membre; puis furent atteints le membre inférieur droit, et, enfin, le membre supérieur droit. Depuis l'apparition de la monoplégie, les mictions étaient laborieuses, la rétention devint ensuite complète et nécessita la sonde à demeure. La ponction lombaire montra une hyperalbuminose à 0 gr. 40, 68 lymphocytes par millimètre cube, Bordet-Wassermann négatif, réactions colloïdales et recherche des globulines négatives. Les troubles cérébelleux sont discrets, la sensibilité objective abolie au membre inférieur gauche, émoussée au membre inférieur droit.

Il est probable qu'il s'agit d'une forme atypique de sclérose en plaques dont on sait l'aspect protéiforme.

L'évolution bizarre, apparemment illogique, traduit bien la multiplicité des foyers et malgré son allure déroutante consolide le diagnostic posé.

Robert Clément.

MEDICAL JOURNAL AND RECORD
(New-York)

Donald A. Laird (Hamilton N.-Y.). ***Expériences sur l'influence du bruit sur la digestion et les effets contraires de certains aliments*** (*Médical Journal and Record*, tome CXXXV, n° 10, 18 Mai 1932). — Les expériences ont été faites chez 10 jeunes étudiants en bonne santé, habitués à satisfaire aux conditions des expériences et exposés depuis toujours aux bruits de la ville. Les bruits étaient amplifiés jusqu'à baigner le sujet, et mesurés. La quantité de salive était recueillie par un disque collecteur placé dans un coin de la bouche du sujet et tenu en place par succion. La salive s'écoulant goutte à goutte était mesurée en centimètres cubes, en tenant compte de la viscosité, pendant deux heures.

En période de silence, le volume normal de la salive sécrétée pendant 5 minutes est 0 cmc 41. Pour un bruit de 40 décibels (correspondant à celui d'une conversation tranquille) la sécrétion tombe à 0,34; pour un bruit de 80 décibels à 0,21, pour cinq minutes.

L'étude de la sécrétion gastrique fut faite après repas d'épreuve d'Ewald, par titrage de l'acidité totale.

Ces expériences ont montré que le bruit exerce une influence défavorable sur la sécrétion proportionnelle à l'intensité du bruit.

L'ingestion de sucre, de café, de crème glacée ou d'autres breuvages aromatiques exerce sur les sécrétions une excitation qui compense largement l'inhibition provoquée par le bruit.

Si les bruits auxquels sont soumis les citadins sont responsables en partie des troubles digestifs de la vie moderne, cet effet nuisible peut être corrigé pour une grande part, par l'ingestion de boissons sucrées, aromatiques ou flattant le goût. Ces breuvages pourraient être qualifiés de « sérums anti-bruit ».

Robert Clément.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY
(Chicago)

La Salle Archambault et **Nelson K. Fromm.** ***L'hémiatrophie faciale progressive*** (*Archives of Neurology and Psychiatry*, tome XXVII, n° 3, Mars 1932). — A propos de 3 observations personnelles, L. et F. font une revue générale très complète de cette affection.

L'hémiatrophie faciale comme l'indique son nom est le plus souvent unilatérale. Exceptionnellement elle est bilatérale, 27 fois sur 400 cas publiés. Elle déborde souvent la face, envahit le cou, et peut même s'étendre à tout un côté du corps. Elle intéresse en général tous les tissus, peau, tissu cellulaire, graisse, muscles, os; mais peut parfois être élective et respecter certains tissus. Elle s'accompagne parfois d'alopécie, de pigmentations cutanées, de troubles vaso-moteurs et sécrétoires, de douleurs trigéminales. Le syndrome de Claude Bernard-Horner y est fréquemment associé.

On a invoqué comme facteurs étiologiques les infections focales ou générales, la tuberculose pulmonaire; mais les traumatismes semblent jouer le rôle le plus important.

La pathogénie de l'hémiatrophie faciale a été très discutée. L. et F. rappellent les rapports établis entre cette affection et la sclérodermie dont elle est d'ailleurs parfois difficile à distinguer; le rôle des lésions trigéminales, celui du système nerveux parasympathique, des glandes à sécrétion interne, successivement invoqués. Mais ils pensent que ce syndrome relève d'un trouble sympathique. Leur opinion est basée sur les constatations anatomiques montrant des lésions du système nerveux central intéressant le sympathique, les symptômes accessoires signalés ci-dessus traduisant une lésion du sympathique cervical qui accompagne fréquemment l'hémiatrophie faciale. Dans les cas seulement où les troubles trophiques sont hémiplégiques on peut penser à l'existence d'une lésion située au niveau du plancher du 3e ou du 4e ventricule.

L. et F. font remarquer que les lésions détruisant en totalité le sympathique cervical ne déterminent pas d'habitude d'hémiatrophie faciale, et que cette dernière relève sans doute d'une lésion à la fois destructrice et irritative.

H. Schaeffer.

LA RIFORMA MEDICA
(Naples)

A. Astuni. ***La doctrine du bactériophage et la cure bactériophagique dans les infections chirurgicales*** (*La Riforma Medica*, tome XLVIII, n° 18, 30 Avril 1932). — Le bactériophage a comme les antiseptiques une action remarquable *in vitro*, mais très aléatoire *in vivo;* l'étude de 29 malades atteints d'affections staphylococciques a montré à A. que le bactériophage, qui n'est peut-être d'ailleurs pas toujours inoffensif, n'est pas efficace en pareil cas et ceci, non pas tant en raison de la formation des antiphages qui est constante mais nécessite un délai qui permettrait à la lyse de se faire, que parce que les tissus enflammés, par leur acidité, constituent un milieu mal adapté au développement du bactériophage.

L. Rouquès.

IL MORGAGNI
(Naples)

G. B. Audo-Gianotti. ***Rapports de l'équilibre acido-basique, du tonus végétatif et des réactions pharmacodynamiques*** (*Il Morgagni*, tome LXXIV, n° 8, 21 Février 1932). — La réserve alcaline est diminuée chez les sympathicotoniques et augmentée chez les vagotoniques; chez les sujets qui ne réagissent pas aux agents pharmacodynamiques, la réserve alcaline ne varie pas; elle baisse dans le cas contraire, quelle que soit la substance injectée: excitant du sympathique ou du parasympathique, paralysant du parasympathique; la baisse est constante et en rapport direct avec l'importance de l'accélération du pouls et de la respiration et de l'élévation de la tension artérielle; elle dépend de la diminution du taux du CO^2 circulant.

Les valeurs du pH indiquent une tendance à l'acidose chez les sujets qui réagissent fortement à l'adrénaline, et une tendance à l'alcalose chez ceux qui réagissent fortement aux substances parasympathicotropes. Le pH, sous l'influence des agents pharmacodynamiques, ne varie que chez les sujets qui présentent des réactions intenses; les variations se font suivant la tendance antérieure, soit vers l'acidose, soit vers l'alcalose, indépendamment de celles de la réserve alcaline qui se font toujours vers l'acidose.

L. Rouquès.

P. Demurtas. ***L'influence des sels de calcium sur la vitesse de sédimentation des globules rouges*** (*Il Morgagni*, tome LXXIV, n° 22, 29 Mai 1932). — La vitesse de sédimentation des globules rouges d'un même individu, mis en suspension dans une solution physiologique à laquelle on ajoute les doses croissantes d'un sel de calcium, de sodium ou de potassium, varie suivant la concentration saline. *In vivo*, en augmentant passagèrement le taux du calcium sanguin par l'injection intraveineuse de chlorure de calcium, on observe des variations de la vitesse de sédimentation qui est, suivant les cas, accélérée ou diminuée; elle revient à sa valeur initiale dès que la calcémie est redevenue normale.

L'équilibre salin globulaire influe autant que l'équilibre salin plasmatique, car la vitesse de sédimentation de globules défibrinés et lavés présente en général les mêmes modifications que celles du sang total (3 fois sur 4 dans les expériences de D.). Les modifications de l'équilibre salin plasmatique et globulaire doivent donc être considérées comme la cause principale des variations de la vitesse de sédimentation au cours des diverses maladies.

L. Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

L. Cannavo. ***Syndromes de pancréatite chronique médicale au cours des ulcères peptiques*** (*La Clinica Medica Italiana*, tome LXIII, n° 4, Avril 1932). — Deux types de pancréatite chronique peuvent compliquer les ulcères gastriques; dans l'un, l'ulcération s'étend en profondeur jusqu'au pancréas et l'inflammation se propage de proche en proche; dans l'autre, il n'y a pas de continuité anatomique entre l'ulcère et la lésion pancréatique. C. rapporte 6 observations de pancréatite de ce dernier type; elle se traduit par 3 groupes de symptômes dont chacun peut être prédominant: 1° les signes de l'ulcère peptique, presque toujours bruyants et remontant à plusieurs années, parfois cependant presque latents; 2° les signes diabétiques qui vont de la glycosurie découverte par hasard jusqu'au syndrome diabétique complet; 3° les signes d'insuffisance pancréatique externe surtout nets dans les épreuves de digestion des graisses. On trouve souvent à l'examen radiologique des signes de périduodénite, de mésocolite ou de stase duodénale sus-mésocolique. Chez les sujets atteints d'ulcères gastriques ou duodénaux, les signes de souffrance pancréatique sont très fréquents: glycémie à jeun élevée, hyperglycémie provoquée prolongée, troubles de la digestion des graisses. L. Rouquès.

A. Bettolo et **A. Anzilotti.** ***Recherches sur l'influence de la quinine sur la motilité gastrique*** (*La Clinica Medica Italiana*, tome LXIII, n° 4, Avril 1932). — B. et A. ont étudié le comportement de la motilité gastrique sous l'influence de l'injection intramusculaire de 0 gr. 50 de bichlorhydrate de quinine, chez des sujets normaux, chez des malades ayant une motilité gastrique exagérée par action réflexe à distance et chez des vagotoniques. Chez tous et particulièrement chez ceux du dernier groupe, ils ont observé une diminution de la tonicité gastrique et du péristaltisme et un retard de l'évacuation; chez certains des sujets étudiés, ils ont noté de l'hypotonie duodénale ou de la stase iléale. Chez tous les sujets, le pouls s'est accéléré; chez presque tous, la pression artérielle s'est élevée; chez le plus grand nombre, il y a eu de la mydriase. Ces modifications relèvent probablement d'une inhibition du vague par la quinine.

L. Rouquès.

GAZZETTA DEGLI OSPEDALI E DELLE CLINICHE
(Milan)

G. Giauni. ***La néphrite hémorragique d'origine aurique*** (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, tome LIII, n° 13, 27 Mars 1932). — L'albuminurie n'est pas rare au cours de la chrysothérapie, encore que sa fréquence exacte varie beaucoup suivant les statistiques, mais les néphrites graves n'ont été signalées qu'exceptionnellement. G. en a suivi un cas chez un jeune homme de 16 ans, ayant reçu en quarante jours 33 centigr. d'une préparation d'or contenant 42 pour 100 de métal. La cure avait dû être interrompue au début en raison de l'apparition d'un érythème prurigineux transitoire, puis avait été poursuivie sans incident, lorsqu'après une injection de 10 centigr., le malade fut pris de frissons, d'un léger état fébrile et d'une hématurie qui marqua le début de la néphrite. Celle-ci fut caractérisée par de l'oligurie, par une hématurie macroscopique qui persista sans arrêt jusqu'à la mort, par une albuminurie légère et intermittente, sans hypertension artérielle, sans azotémie et avec une perméabilité normale pour les chlorures; de nombreuses recherches de bacilles dans l'urine furent négatives. La mort survint au bout de sept mois et demi par insuffisance cardiaque. L'autopsie ne put être faite.

L. Rouquès.

ANNALI ITALIANI DI CHIRURGIA
(Naples)

Alberto de Blasi (Bari). ***Troubles fonctionnels et altérations anatomiques du foie après ligature de l'artère hépatique*** (1re note : ***troubles fonctionnels***) [*Annali italiani di Chirurgia*, Naples, tome XI, n° 2, 29 Février 1932]. — Après avoir fait remarquer que, malgré une expérimentation vieille déjà de plus d'un siècle, les conséquences de la ligature de l'artère hépatique ne sont pas encore formulées de manière définitive, B. expose ses méthodes de recherches, et développe ensuite leurs résultats.

Sur un premier groupe d'animaux (6 chiens), il a cherché à supprimer aussi complètement que possible la nutrition artérielle du foie, par ligature de l'hépatique commune et de toutes ses branches; les animaux sont morts en quelques jours. Ils ont présenté d'abord une notable, mais fugace hyperglycémie, puis une hypoglycémie constante et progressive; en outre, on a observé une diminution suivie d'une importante augmentation de l'azote résiduel dans le sang, une augmentation considérable du taux de rétention du rose bengale (indice de diminution de la fonction chromopexique du foie) et enfin la présence de pigment biliaire dans le sang. L'adrénaline et les injections glycosées intraveineuses ont été à peine capables de prolonger la vie des animaux en hypoglycémie; la mort n'en est pas moins survenue au milieu des symptômes d'une insuffisance hépatique grave.

Sur un deuxième groupe d'animaux (4 chiens), il a agi moins radicalement, se contentant de lier le tronc de l'artère hépatique en respectant ses branches; un seul animal est mort, en état d'hypoglycémie. Chez les autres, les injections de glycose, faites en temps voulu, ont été efficaces; on a observé, chez eux, après une phase d'hyperglycémie, une phase d'hypoglycémie, mais transitoire, avec retour à la normale de la glycémie en quelques jours; il n'y a pas eu de grandes variations de l'azote résiduel; le taux rétentionnel du rose bengale a été légèrement augmenté pendant quelques jours; on n'a pas constaté de pigments biliaires dans le sang.

André Guibal.

ANNALI DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA
(Milan)

Nicolo Dallera (Pavie). ***A propos de quelques recherches sérologiques à l'aide du photomètre gradué de Zeiss, selon la méthode de Zangemeister*** (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, An. LIII, n° 9, 30 Septembre 1931). — Zangemeister et Krieger, en 1928, étudiant les variations de limpidité d'un mélange de sérums, remarquèrent des réactions nettement spécifiques entre les nouveau-nés et leurs parents. Le sérum de l'accouchée provient d'une ponction de la veine cubitale; celui du nouveau-né, du placenta. Sous la condition d'une asepsie absolue, le mélange est fait après séparation du sérum par centrifugation; l'appareil d'examen est le photomètre néphélémétrique construit par Zeiss. Après quelques heures, lorsque le mélange vient d'une mère et de son enfant, on observe au photomètre une nette diminution de luminosité, suivie, au bout de six à dix heures, d'une augmentation du degré de luminosité. Si le mélange vient d'une mère et d'un enfant étranger, on observe seulement au bout de quelques heures une augmentation de luminosité. Les résultats sont analogues avec le sérum du père ou d'un père étranger. Dans l'ensemble, les résultats, entre les mains de Zangemeister et Krieger, ont été constants et absolus: 80 réactions, avec 100 pour 100 de résultats positifs. Pour expliquer ces réactions, D. se base sur l'hypothèse que la mère et le produit de conception sont deux organismes séparés et étrangers l'un à l'autre.

D. résume toutes les recherches faites à la suite de ces constatations; il décrit minutieusement l'appareil dont il s'est servi et la technique qu'il a mise en œuvre et donne le résultat de ses propres recherches: sur 86 expériences, il a obtenu 32 résultats positifs dans le sens de Zangemeister, 20 négatifs et 34 douteux.

Loin de nier l'importance de la réaction du point de vue scientifique, il ne peut cependant, à l'issue de ses expériences, lui reconnaître la grande valeur pratique escomptée par Zangemeister pour la recherche des relations de paternité.

André Guibal.

LA CLINICA CHIRURGICA
(Milan)

Mario Tabanelli (Milan). ***L'examen de la ponction rénale par l'épreuve de l'hyposulfite de soude (épreuve de Nyiri).*** [*La Clinica chirurgica*, n. s., An VIII, tome XXXV, n° 3, Mars 1932]. — L'épreuve proposée en 1923 par Nyiri est basée sur l'élimination partielle par le rein de l'hyposulfite de soude introduit dans l'organisme: chez un sujet sain, la quantité éliminée est de 30 à 40 pour 100 de la quantité introduite.

Nyiri fait vider la vessie du patient le matin, à jeun, et garde les urines. Il injecte alors (dans les veines de préférence) 10 cmc de solution d'hyposulfite de soude à 10 pour 100, et fait uriner le patient chaque heure. 10 cmc de chaque échantillon (après mélange de charbon animal et filtrage) reçoivent XX gouttes d'une solution d'amidon à 1 pour 100; on ajoute alors, goutte à goutte, une solution d'iode au vingtième, jusqu'à coloration bleue, rapidement obtenue pour le premier échantillon (prélevé avant l'injection). L'hyposulfite contenu dans les autres échantillons est facilement mesuré en comparant la quantité d'iode utilisée pour eux et pour le premier.

Humbert et Finck ont simplifié le procédé en utilisant pour l'injection 10 cmc d'une solution demi-normale d'hyposulfite. Le dosage ne se fait plus chaque heure, mais seulement à la fin des deux premières heures.

T. a pratiqué l'épreuve, suivant les deux techniques, chez 80 patients, dont 52 avec un rein complètement intact et 28 atteints d'affections urinaires chirurgicales; en même temps, il dosait l'azote uréique dans le sang, faisait l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine et mesurait la quantité d'urée et de chlorures de l'urine.

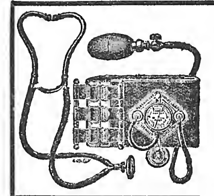
Les patients à rein intact éliminèrent dans les deux premières heures de 22 à 42 pour 100 de l'hyposulfite injecté. Par contre, les malades présentèrent un abaissement de l'hyposulfite éliminé (moins de 21 pour 100).

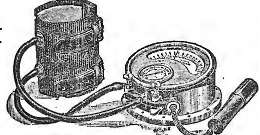
Ces résultats permettent de considérer l'épreuve de Nyiri, trop méconnue, comme un bon auxiliaire du diagnostic, égal aux autres procédés d'évaluation de la fonction rénale, parce que reposant sur des bases biochimiques précises (d'où sa supériorité sur les recherches colorimétriques). En outre, l'épreuve est facile et à la portée de tous.

André Guibal.

IL POLICLINICO [Sezione chirurgica]
(Rome)

Venanzio Lozzi (Rome). ***Résultats éloignés de la décapsulation et de l'énervation des reins*** (*Il Policlinico* [*Sezione chirurgica*], tome XXXIX, n° 2, 15 Février 1932). — V. L. fait un historique de la décapsulation (Le Dentu 1891, Edebolls





1901) et de l'énervation (Papin 1921) rénales, un résumé des tentatives et des modalités techniques, une discussion, basée sur l'exposé de l'innervation du rein, des hypothèses sur les résultats anatomiques et fonctionnels de ces interventions.

20 observations personnelles lui permettront de tirer des conclusions intéressantes: 3 décapsulations pour anurie avec rein unique; 2 succès. 8 néphrites hématuriques douloureuses (5 décapsulations, 1 énervation, 1 intervention associée) avec 7 bons résultats fonctionnels (épreuves de l'indigo-carmin et de la phénolsufonephtaléine). 3 périnéphrites adhésives douloureuses guéries par décapsulation. 6 pyélonéphrites (décapsulation) avec résultats très satisfaisants. Dans l'ensemble, 20 interventions, 1 mort post-opératoire (anurie calculeuse avec rein unique congénital), 2 morts éloignées par urémie (après un an et deux ans), 2 échecs après amélioration passagère, 15 bons résultats maintenus à distance.

La décapsulation et l'énervation partielle, estime en conséquence Lozzi, ont le même effet vaso-moteur sur le système vasculaire du rein, sans présenter aucune influence dangereuse, précoce ni tardive, sur la fonction rénale. Dans l'anurie réflexe, la décapsulation rétablit promptement la diurèse; dans la néphrite chronique hématurique douloureuse, la décapsulation est l'intervention de choix; dans la périnéphrite adhésive douloureuse, la décapsulation peut avoir des avantages immédiats et même définitifs; enfin, dans les cas où la décapsulation est faite sans indication précise, elle peut avoir des résultats, immédiats et éloignés, satisfaisants. André Guibal.

G. Pacetto (Rome). ***Recherches expérimentales sur l'hémostase à l'aide de moyens biologiques, particulièrement en ce qui concerne la chirurgie cranio-cérébrale*** (*Il Policlinico* [*Sezione chirurgica*], tome XXXIX, n° 2, 15 Février 1932). — P. jette un coup d'œil d'ensemble sur les procédés d'hémostase: mécaniques (tamponnement, mastic, abaissement de la pression sanguine, etc.), physiques (chaleur et électricité), chimiques, biologiques. C'est à ces derniers procédés qu'il a consacré ses recherches expérimentales et cliniques, essayant des greffes libres de tissus vivants dans les hémorragies cranio-cérébrales ou des organes abdominaux.

Les tissus vivants, appliqués sur la source de l'hémorragie, dans les plaies des organes parenchymateux, exercent un rôle hémostatique très efficace en adhérant à la zone saignante; leur efficacité est due en partie à une action mécanique, mais surtout à une action biologique. Le tissu le plus actif est le tissu musculaire; viennent ensuite l'épiploon et le myocarde; la rate, le foie, le rein paraissent sans action. Les greffes les plus efficaces sont les greffes libres hétéroplastiques de muscle de lapin et de pigeon; l'hémostase obtenue semble définitive, puisqu'elle persiste après ablation des fragments greffés.

P. a transporté ses expériences sur le terrain clinique, chez un certain nombre d'opérés (crâne et cerveau), préparant des fragments musculaires suivant une technique personnelle (lavage de sang de l'animal donneur *in vivo*; prélèvement sur les membres inférieurs ou la région para-vertébrale; macération dans la glycérine ou dans l'eau distillée; centrifugation des précipités obtenus et traitement par l'alcool). Ces extraits ont fait preuve d'une action hémostatique intense, égale et peut-être supérieure à celle des tissus vivants.

Dans des expériences diverses, ces extraits ont montré qu'ils étaient dépourvus de tous inconvénients et parfaitement tolérés. P. se propose de poursuivre ses recherches sur leur nature chimique et leur mécanisme d'action, poursuivant des améliorations en ce qui concerne notamment leur stabilité et leur stérilité, pour pouvoir en introduire l'usage en clinique. André Guibal.

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CLINICA E TERAPIA (Naples)

A. Rindone. ***L'alcoolisation des nerfs intercostaux avec la technique de Leotta dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, tome XIII, n° 9, 15 Mai 1932). — L'alcoolisation des nerfs intercostaux suivant la technique de Leotta est la méthode de choix lorsque le pneumothorax est rendu impraticable par une symphyse; elle est supérieure à la phrénicectomie et à la thoracoplastie. Elle s'applique à toutes les formes anatomiques et cliniques de tuberculose où le pneumothorax uni ou bilatéral est indiqué; même bilatérale, elle est bien supportée et ne trouble pas la statique du médiastin. Ses résultats très bons ne doivent être appréciés qu'après trois mois, car une aggravation toute temporaire est la règle au début; son pouvoir d'immobilisation du poumon est démontré par son action d'arrêt sur les hémoptysies.

L'alcoolisation est facile à réaliser: on enfonce une aiguille mousse à 4 ou 5 cm. des apophyses épineuses, sur le bord inférieur de la côte, et on l'incline diversement suivant l'espace; on injecte de la novocaïne, puis de l'alcool dès qu'on a perçu la sensation que donne la traversée du ligament intercostal supérieur; on alcoolise un ou deux nerfs par séance; habituellement, on alcoolise 4 ou 5 nerfs (du 3e ou du 2e au 6e). L'immobilisation doit être maintenue pendant deux ans au moins; il faut en général renouveler les injections tous les trois ou quatre mois. L. Rouquès.

G. Borghini. ***Hyperchlorhydrie et thérapeutique cholestérinique*** (*Rassegna internazionale di Clinica e Terapia*, tome XIII, n° 10, 31 Mai 1932). — Partant des conceptions d'après lesquelles l'ulcère gastrique est le résultat d'un trouble du reflux duodénal dépendant de la diminution de la cholestérinémie, entraînant elle-même une insuffisance de la sécrétion biliaire, Csaki a proposé de traiter les ulcères et l'hyperchlorhydrie par l'ingestion d'un mélange de bile, de cholylglycine (produit synthétique voisin de la cholestérine) et du principe actif des feuilles de sauge (modérateur de la sécrétion gastrique).

B. a essayé ce produit, le salbacide, dans 14 cas d'hyperchlorhydrie essentielle ou symptomatique d'ulcère; il a constaté que les signes relevant de l'hyperchlorhydrie disparaissaient et que l'état général s'améliorait; parallèlement, les tubages ont montré la diminution progressive de l'hyperacidité gastrique; la cholestérinémie s'est élevée et la bile a réapparu dans le liquide du reflux duodénal; il y a là un ensemble de faits qui vont à l'appui du rôle du reflux duodénal dans la production des états d'hyperacidité. L. Rouquès.

ACTA PSYCHIATRICA ET NEUROLOGICA (Stockholm)

Torsten Sjögren. ***Recherches cliniques sur les modes de transmission de l'oligophrénie dans une population paysanne du nord de la Suède*** (*Acta psychiatrica et neurologica*, Supplementum II, 1932). — Cet important mémoire, richement iconographié, et qui ne compte pas moins de 120 pages, a trait à la recherche minutieuse dans une population paysanne du nord de la Suède de l'oligophrénie à l'état endémique. 52 cas ont été découverts, 34 familles ont été atteintes, et les liens de parenté ont pu être mis en lumière.

La forme d'oligophrénie en cause est co-natale et stationnaire. Psychiquement les sujets présentent une oligophrénie grave avec incapacité d'apprendre à lire, à écrire ou à compter. Ils ont en moyenne 3 à 6 ans d'âge. La parole est dysarthrique, rarement agrammatique. Ces sujets ont une attitude rigide, pithécoïde, sans mouvements, ou se déplaçant lentement et difficilement. Aucun trouble ophtalmologique. L'épilepsie est rare. L'examen histologique pratiqué dans 5 cas n'a pas montré de modifications appréciables de la cytoarchitectonie cérébrale.

Cette forme d'oligophrénie obéit hautement avec grande vraisemblance à une loi héréditaire récessive et monohybride.

La comparaison des cas masculins et féminins aboutit à la conclusion que la maladie se transmet en partie par une voie autosomale propre, en partie par une voie dépendant de l'espèce dans la population. La rectitude de cette opinion ne peut être vérifiée; elle suffit pourtant à éclairer les faits.

L'analyse des hétérozygotes a montré que très vraisemblablement les souches contiennent une origine récessive. Certains aïeuls des oligophrènes sont certainement des hétérozygotes.

L'analyse montre par comparaison que parmi les mères des oligophrènes 53 pour 100 des combinaisons possibles prouvent la parenté du sang, alors qu'elle n'existe que dans 14 pour 100 des pères. Ce qui montre de façon indiscutable que l'affection se transmet beaucoup plus fréquemment par la voie maternelle que par la voie paternelle. H. Schaeffer.

REVUE MÉDICALE DE LA SUISSE ROMANDE (Genève-Lausanne)

R. Burnand et **W. Franckel.** ***Sur la phrénicectomie auxiliaire associée au pneumothorax dans le traitement des cavernes rigides*** (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, tome 11, n° 8, 25 Juin 1932). — On a voulu opposer la phrénicectomie au pneumothorax comme méthode de collapsothérapie dans la tuberculose pulmonaire et les partisans de l'une et l'autre méthode discutent sur la priorité à accorder à l'une d'elles. Lorsqu'un pneumothorax se montre inapte après quelques semaines à collaber une lésion cavitaire du poumon, à cause d'adhérences pleurales ou de rigidité du tissu cavitaire ou pour toute autre raison, au lieu d'abandonner le pneumothorax au profit de la phrénicectomie, B. et F. préfèrent associer la phrénicectomie auxiliaire au pneumothorax antérieur.

Pour justifier cette méthode combinée, ils s'appuient sur les arguments suivants: abandonner un pneumothorax inapte à produire le collapsus de grandes cavernes superficielles à parois minces n'est pas sans danger. Si, dans quelques cas, un pneumothorax très poussé, n'ayant pu réussir à oblitérer des cavernes volumineuses, basilaires, juxta-hilaires ou apicales, est avantageusement remplacé par une phrénicectomie dont l'efficacité est parfois stupéfiante, ces effets brillants sont loin d'être constants et surtout ils sont imprévisibles. On sait l'inconstance et le caprice des résultats de l'arrachement du nerf phrénique; abandonner un pneumothorax en apparence inopérant pour une phrénicectomie dont le résultat est aléatoire est un acte d'imprévoyance, tandis que maintenir les insufflations gazeuses et leur associer une phrénicectomie, c'est augmenter les chances de réussite. L'addition des effets mécaniques du pneumothorax et de la phrénicectomie entraîne des effets plus complets que l'une ou l'autre de ces 2 opérations isolées.

4 observations illustrées de radiographies montrent les bons résultats qu'on peut obtenir de cette méthode.

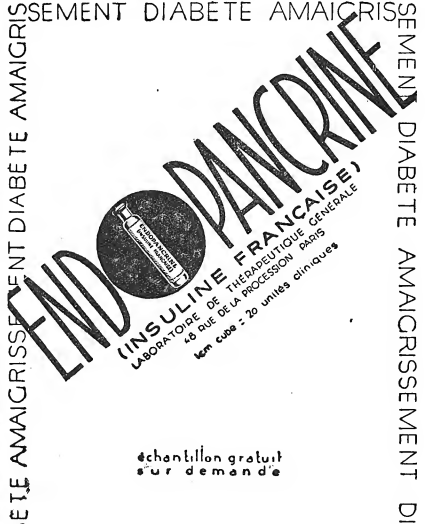
Les indications de la collapsothérapie combinée sont certaines pleurésies ou adhérences de la base et l'existence de grandes cavernes chroniques et rigides. Robert Clément.



vivifiante
La minéralisation de l'eau de SAINT-GALMIER, Source Badoit, comporte des sels de chaux (bicarbonate, azotate, sulfate) parfaitement assimilables puisqu'ils se présentent sous leur forme naturelle.
Captée et embouteillée avec le plus grand soin, la Source Badoit sera le puissant adjuvant de toute cure de recalcification.
SOURCE BADOIT
SAINT GALMIER BADOIT
source de santé
PUBL. ELVINGER



Laboratoires GALLINA, 4, rue Candolle — PARIS (ve)
Téléph. : Diderot 10-24 Adr. télégr. : Iodhemol, Paris.
IODHÉMA : TOUS RHUMATISMES CHRONIQUES
Ampoules (Voies veineuse et musculaire)
Flacons (Voie gastrique).
IODISATION INTENSIVE
(Communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris du 21 Juin 1923.)
Extraviscérale : IODENTÉROL Gouttes par voie buccale
BACILLOSE
Viscérale : Lipoïdes des Galli Résistants Ampoules (Voie musculaire) HUILE GALLINA
R. C. Seine 183.562



SEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE AMAIGRISSEMENT DIABETE
ENDOPANCRINE
(INSULINE FRANÇAISE)
LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE
48 RUE DE LA PROCESSION PARIS
1cm cube : 20 unités cliniques
échantillon gratuit sur demande
EDITIONS PAUL-MARTIAL · PARIS



ANTIVIRUS
PRODUITS DE LA BIOTHÉRAPIE
BOUILLONS - VACCINS FILTRÉS
pour le traitement de toutes infections à
STAPHYLOCOQUES
STREPTOCOQUES
COLIBACILLES
Littérature et échantillons sur demande
H. VILLETTE
Pharmacien
131, Rue Cambronne
PARIS-15e
Téléph : Vaugirard 11-23
LA BIOTHÉRAPIE
ANTIVIRUS

REVUE DES JOURNAUX

LA CLINIQUE
(Paris)

G. de Parrel. ***Le mariage des sourds*** (*La Clinique*, tome XXVII, n° 189, Juillet 1932). — Cet article clair, plein de bon sens, met parfaitement au point la question délicate du mariage des sourds.

Le mariage peut être autorisé sans aucun inconvénient et sans qu'il y ait à craindre la surdité pour les enfants ou petits-enfants, lorsque les deux candidats ont une otopathie indubitablement acquise et n'ont ni l'un ni l'autre d'antécédents héréditaires ou collatéraux de surdité.

L'union est à déconseiller lorsqu'un des deux sujets est atteint d'otospongiose familiale ou non, lorsque les deux candidats ont une surdité congénitale et que l'un d'eux a des antécédents familiaux de surdité. Dans ce dernier cas, la proportion des enfants sourds est de 6,6 pour 100. Lorsque les deux époux ont une surdité acquise et que l'un ou les deux ont des antécédents familiaux, leurs enfants sont sourds dans 4 pour 100 des cas dans la première éventualité, dans 17 pour 100 dans la deuxième.

Il faut interdire le mariage, ou tout au moins la procréation, aux candidats atteints tous deux de surdi-mutité congénitale, car dans 23,5 pour 100 des cas les enfants nés de tels mariages sont sourds. Les sujets atteints de surdité familiale et présentant en outre l'un ou l'autre des antécédents de syphilis, d'alcoolisme ou de névropathie, doivent être prévenus du danger de surdité encouru par leur progéniture. La proportion des enfants sourds la plus considérable (plus de 45 pour 100) se rencontre lorsque les conjoints atteints de surdité familiale même légère présentent des liens de consanguinité.

Robert Clément.

LE JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON

A Devic, G. Morin et G. Poisson. ***La cataplexie*** (Etude clinique) (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 299, 20 Juin 1932). — Sous le nom de cataplexie, Henneberg a décrit un malaise bizarre caractérisé par la perte totale du tonus musculaire chez certains sujets, au moment du rire. Ces malades, au moment où ils se mettent à rire, s'effondrent brusquement sans perdre un instant conscience et, le rire fini, retrouvent immédiatement leurs forces et se relèvent sans le moindre effort.

La cataplexie n'est presque toujours qu'une complication de la narcolepsie; dans cette affection, Gélineau décrivit, à côté des attaques de sommeil invincible, de durée généralement limitée, des pertes brusques de tonus musculaire, sans sommeil, sans même d'obnubilation, survenant à l'occasion d'une émotion, d'un rire presque toujours.

D., M. et P. apportent une observation de grandes attaques cataplexiques fréquentes et 4 cas frustes. Dans ces cas, l'attaque se borne à une brusque faiblesse des membres inférieurs sans chute. Les formes frustes semblent les plus fréquentes.

Lorsque la cataplexie survient au cours de la narcolepsie, elle ne constitue qu'un élément d'un syndrome connu, mais d'interprétation obscure. Si certains cas répondent à des lésions grossières, à des tumeurs du 3e ventricule, par exemple, bien plus souvent, on en est réduit à invoquer des troubles vaso-moteurs par exemple, survenant dans la région de l'infundibulum sous l'influence d'une cause mal déterminée. Dans le cas de la cataplexie, le rôle si net de l'émotion s'accorde bien avec l'hypothèse de troubles vaso-moteurs, de même que l'efficacité thérapeutique des médicaments à action vasculaire (strychnine, éphédrine).

Les rares cas de cataplexie sans narcolepsie sont d'interprétation encore plus délicate. Il faut éliminer toute idée de pure névropathie. La question délicate est celle des rapports de la cataplexie avec l'épilepsie. L'élément caractéristique de l'épilepsie, celui qui fait son unité, c'est la perte de conscience, toujours absente dans la cataplexie, et à première vue il semble que ces affections soient différentes. Cependant, on a décrit sous le nom d'épilepsie statique et l'on a rangé dans l'épilepsie des accidents analogues à ceux décrits sous le nom de cataplexie. Il existerait même des faits intermédiaires dans lesquels l'éclat de rire entraîne la chute avec une perte de conscience de quelques minutes. En fait, il existe des accidents tout à fait comparables à la cataplexie apparaissant tout à fait en dehors de la narcolepsie, souvent associée à l'épilepsie et guérissant avec le gardénal.

Dans la cataplexie vraie, gardénal et bromure sont sans efficacité, alors que la strychnine et l'adrénaline semblent donner des résultats bons quoique inconstants.

A part les cas où elle est symptomatique d'une tumeur du cerveau, la cataplexie, plus désagréable et gênante que dangereuse, dure toute la vie.

Robert Clément.

P. Savy et P. Delore. ***Que peut-on attendre de la belladone et de l'atropine en pathologie digestive ?*** (*Le Journal de médecine de Lyon*, tome XIII, n° 300, 5 Juillet 1932). — Les résultats obtenus avec la belladone et avec l'atropine expérimentalement sur l'animal et en clinique sont souvent contradictoires. Les effets thérapeutiques obtenus en pathologie digestive ne sont pas toujours ceux auxquels on pouvait s'attendre théoriquement. Partant de l'action excito-motrice et excito-sécrétoire du pneumogastrique et de l'action inhibitrice de la belladone et de son alcaloïde sur ce nerf, on a tendance à appliquer la médication belladonée à tous les cas de spasme et d'hypersécrétion. L'analyse critique des faits expérimentaux et des résultats thérapeutiques montre que la question est moins simple et ne saurait s'exprimer par une formule schématique.

Il ne faut pas oublier le rôle joué dans le résultat final par les doses employées et l'état du tonus préalable de l'organe considéré. Les petites doses ont une action stimulante, les doses élevées un effet inhibiteur. L'action antispasmodique est d'autant plus nette que l'hypertonie de l'organe est plus marquée.

L'effet antispasmodique de la belladone est plus net et plus régulier sur le pylore et les voies biliaires que sur l'œsophage et sur l'intestin. L'action hypocrinique est plus marquée et constante sur la sécrétion salivaire que sur les autres sécrétions, celle de l'estomac notamment.

Les réactions du malade ne sont pas celles du sujet normal, les résultats thérapeutiques seuls doivent entrer en ligne de compte pour l'emploi judicieux de la belladone ou de l'atropine qui sont parmi les meilleurs médicaments actuels des manifestations digestives de l'hypervagotonie.

Robert Clément.

J. Barbier. ***Les manifestations nerveuses de la fièvre de Malte*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 300, 5 Juillet 1932). — A propos de deux observations, B. évoque les manifestations nerveuses observées par les auteurs marseillais au cours de la mélitococcie.

Un cultivateur ardéchois présenta pendant deux mois des douleurs extrêmement vives dans les membres inférieurs et dans le rachis avec de petits accès fébriles. Puis s'installa une quadriplégie avec abolition des réflexes tendineux aux membres supérieurs, spasmodicité des membres inférieurs et troubles sphinctériens fugaces. Au niveau des membres supérieurs, déformations articulaires, ankylose, troubles trophiques, hypoesthésie légère. Fièvre ondulante, douleurs vives, deux abcès spontanés et un provoqué. A la suite de l'ouverture de ce dernier, la fièvre disparaît, l'impotence diminue, il reste des réflexes vifs et un Babinski bilatéral. Dans le liquide céphalo-rachidien, dissociation albumino-cytologique. *Séro-diagnostic au mélitocoque négatif à deux reprises.*

Chez une femme de 35 ans, on fit en 1927 le diagnostic de mélitococcie, mais le séro-diagnostic fut négatif à cette époque. En 1931, elle présenta des crampes et des douleurs dans les membres inférieurs, puis une paraplégie spasmodique avec paralysie et dysmétrie au niveau des bras. Quelques troubles de la sensibilité objective, rétention d'urines et constipation, nystagmus. Guérison clinique sauf persistance d'un Babinski bilatéral. Séro-diagnostic au mélitocoque positif *au centième.*

C'est l'évolution favorable de ces accidents nerveux graves qui, dans la deuxième observation, ressemblaient à une sclérose en plaques aiguë qui fait penser à B. que, dans ces 2 cas, il a pu s'agir d'accidents nerveux d'une mélitococcie.

Robert Clément.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR
(Paris)

S. Métalnikov. ***La digestion intracellulaire et l'immunité chez les unicellulaires*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVIII, n° 6, Juin 1932). — Les protistes ne possèdent pas d'organes de digestion constants; c'est à l'intérieur des vacuoles digestives que se fait une véritable digestion des substances albuminoïdes. Dans une série d'expériences, M. a étudié les réactions des infusoires devant diverses nourritures et divers poisons. Les infusoires ne sont pas indifférents à la nature de la substance qu'on leur présente; ils absorbent plus énergiquement les unes que les autres; les substances indirectes ou nuisibles sont rejetées assez vite des vacuoles digestives. La propriété digestive du protoplasme s'oppose à l'invasion des unicellulaires par les parasites.

Les unicellulaires possèdent une immunité naturelle de défense qui leur permet de lutter contre leurs nombreux ennemis. En cas de danger ou de manque de nourriture, l'être unicellulaire est capable de se transformer en un kyste qui le protège contre toutes les conditions défavorables.

Les protistes ont aussi une immunité d'adaptation. Les infusoires peuvent s'adapter facilement à des conditions défavorables et s'accoutumer à des substances toxiques; on peut les habituer progressivement à supporter des doses mortelles d'alcool et de divers poisons. Pour obtenir cette immunité d'adaptation, il faut aller très prudemment; au début, la réaction est violente même aux doses minimes, puis graduellement, le protozoaire arrive à supporter des doses qui auraient été mortelles.

Une immunité acquise de même ordre s'établit chez les trypanosomes vis-à-vis des anticorps spécifiques du sang infecté. On voit apparaître des races de trypanosomes résistants envers le sérum spécifique après avoir été soumis dans le sang de l'hôte à l'action des anticorps spécifiques.

L'immunité acquise, comme l'immunité naturelle, se manifeste par une série de réactions de défense: digestion intracellulaire, chimiotaxie négative, adaptation aux substances toxiques et formation de races plus résistantes.

Robert Clément.

L. Nègre et **J. Valtis.** ***Sur l'affaiblissement de la virulence du bacille tuberculeux par réensemencement précoce*** (*Annales de l'Institut Pasteur*, tome XLVIII, n° 6, Juin 1932). — Il est possible par des réensemencements précoces, effectués tous les trois ou quatre jours sur milieu synthétique de Sauton, d'atténuer la virulence d'une souche de bacilles tuberculeux de type humain ou bovin; mais les résultats obtenus sont très irréguliers. Avec une même souche, 2 essais, sur le cobaye, effectués à différentes époques, peuvent être l'un positif, l'autre négatif; le degré d'atténuation observé à la suite d'un même nombre d'ensemencements précoces peut varier dans de très fortes proportions.

Après six mois de réensemencements, tous les trois ou quatre jours, la souche humaine Ratti n'a plus tuberculisé le cobaye à la dose de 0 milligr. 01 par la voie sous-cutanée et la souche humaine G n'a subi aucune atténuation.

Pour les souches d'origine bovine, l'atténuation de la virulence déterminée par les réensemencements précoces a toujours été au même moment plus sensible pour le lapin que pour le cobaye. Après plus de deux ans de conservation sur pomme de terre glycérinée, les souches ainsi atténuées se comportent de la même façon chez le cobaye, mais la souche, 104e passage, détermine chez le lapin, après inoculation intra-veineuse de 10 milligr., l'apparition de petites lésions pulmonaires, qui n'avaient pas été observées à la fin du dernier réensemencement précoce.

Robert Clément.

ARCHIVES MEDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

G. Roussy et **R. Huguenin.** ***Vues sur l'anatomie pathologique des cancers du poumon*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*, tome VI, n° 6, 1931). — L'anatomie pathologique des cancers primitifs du poumon est encore très imprécise; la nature épithéliale ou conjonctive de ces tumeurs est encore incertaine.

Les aspects macroscopiques sont des plus variés: masse arrondie à développement excentrique plus ou moins troublée par l'état antérieur du poumon. Certains cancers ont un aspect lobaire, triangulaire ou tronconique, d'autres envahissent le poumon dans sa totalité. Fréquemment, ils offrent un aspect en amande encerclé de parenchyme sain. Ceux qui s'étalent à la surface envahissent la plèvre, d'autres n'occupent que partiellement le poumon, occupant principalement le médiastin, cancer médiastino-pulmonaire à symptomatologie un peu spéciale. La forme nodulaire du cancer primitif est rare. Plus fréquentes sont les formes cavitaires que l'excavation soit extra ou intra-bronchique et les petits cancers circonscrits, hilaires ou intra-bronchiques. Chacun de ces types de cancer donne lieu à une symptomatologie en rapport avec son siège et sa configuration.

Un point important à préciser, c'est le rapport des cancers du poumon avec les voies bronchiques. En pratique, quelle que soit son origine, le cancer du poumon envahit et obture des bronchioles importantes. Par contre, des tumeurs même volumineuses, développées dans un lobe au voisinage du hile, ne végètent dans l'intérieur des bronches qu'en des points souvent très éloignés de la bronche lobaire. La tumeur juxta-hilaire ne naît pas forcément aux dépens des grosses bronches, et des végétations intra-bronchiques révèlent aussi bien l'envahissement secondaire que l'origine du cancer. Les épithéliomas, développés aux dépens des grosses bronches, restent souvent localisés à l'intérieur de celles-ci, comme « emmurés par les cartilages ».

Ce qui domine au point de vue histologique, c'est le polymorphisme, l'imprécision de la nature des éléments cellulaires. Si certains cancers sont constitués par des cellules de type morphologique facile à reconnaître, d'autres sont extrêmement atypiques. La plupart des cancers primitifs naissent aux dépens des bronches, surtout des petites; le revêtement bronchique est différent dans les bronches souches et dans les bronchioles. Les cancers primitifs du poumon se présentent tantôt comme des épithéliomas, tantôt comme des cancers à petites cellules qui sont, pour la plupart, des épithéliomas remaniés. Parmi les épithéliomas, certains sont malpighiens, kératinisants ou non, d'autres plutôt paramalpighiens, d'autres cylindriques ou bien glandulaires, d'autres enfin, atypiques formés de cellules vaguement cubiques.

Il existe des rapports indiscutables entre la configuration macroscopique et la structure histologique. Les épithéliomas circonscrits sont habituellement de type malphighien; les tumeurs, qui s'étalent très vite et envahissent le médiastin, ont grande chance d'être des cancers à petites cellules. Pour le reste, tout essai de classification anatomo-clinique est difficile.

Robert Clément.

E. Sergent, R. Mignot, H. Durand, R. Kourilsky et **R. Benda.** ***Formes cliniques et diagnostiques du cancer primitif du poumon*** (*Archives médico-chirurgicales de l'Appareil Respiratoire*, tome VI, n° 6, 1931). — L'étude de 29 observations de cancers primitifs du poumon montre une prédominance très accusée au sexe masculin. La syphilis est rare. Plusieurs fois, le cancer s'est développé chez des sujets indemnes de tout passé pathologique. Les vieilles bronchorrées et suppurations jouent un rôle dans l'infection du cancer et dans son évolution vers la suppuration et la gangrène.

L'aspect clinique est extrêmement polymorphe, le début très variable. Un mode de début fréquent est celui dans lequel une congestion pulmonaire présente une convalescence qui n'est pas franche et est suivie, après une période plus ou moins longue, de nouveaux accidents qui mènent au diagnostic du cancer.

L'expectoration gelée de groseilles manque en général, les crachats sont d'aspect très variable; la recherche des cellules cancéreuses par étalement ou par inclusion a une certaine valeur. La dyspnée, les troubles de la voix, la paralysie du nerf phrénique sont des signes de compression.

Il faut lire dans cet article la description séméiologique des diverses formes du cancer du poumon, les images radiologiques qu'on peut observer, les renseignements que l'on peut tirer de la radiographie après injection de lipiodol et de la bronchoscopie.

Des radiographies et des photographies de pièces anatomiques illustrent quelques-unes des observations dont 25 sont résumées dans cette intéressante mise au point de nos connaissances cliniques du cancer primitif du poumon.

Robert Clément.

BRUXELLES MÉDICAL

E. Delcourt-Bernard (Liége). ***Contribution à l'étude des propriétés réactionnelles de la thyroïde chez l'homme*** (*Bruxelles Médical*, tome XII, n° 35, 26 Juin 1932). — Dans ce travail, D. a étudié l'action de l'iode sur le métabolisme basal chez des sujets non hyperthyroïdiens. Le M. B. fut déterminé selon la technique de Dautrebrande-Davies. Après quelques jours d'observation, le métabolisme tend à baisser légèrement et l'écart entre les résultats ne dépasse pas 3 pour 100. L'iode fut administré sous forme de lugol fort, d'iodure de potassium ou de sodium, de teinture d'iode et, dans 3 cas, de tétraiodo-phénolphtaléine.

Chez 3 sujets à métabolisme normal, l'administration d'iode n'eut aucune action dans 2 cas et provoqua un léger abaissement dans le troisième. Chez cette malade, l'administration d'extrait thyroïdien à dose considérable a élevé le M. B., et XXX gouttes de lugol en cinq jours ont ramené le M. B. à la normale.

Dans un cas de goitre colloïde, sous l'influence du lugol, on vit, pendant trois semaines une augmentation du M. B.

Chez 5 sujets exempts de goitre, à métabolisme abaissé, l'administration de lugol a produit un abaissement du M. B. La tétraiodo-phénolphtaléine, donnée dans un but diagnostique, a produit dans un cas le même abaissement trois ou quatre jours après. La dose de tétraiode fut de 3 gr. et le produit contient 45 pour 100 d'iode, c'est donc en réalité 1 gr. 35 d'iode absorbé par le sujet. Une seconde dose de tétraiode injectée dans les veines au moment où l'abaissement du M. B. obtenu par la première est à son maximum fut absolument inopérante.

Chez une jeune fille atteinte d'un Basedow fruste, présentant des poussées d'hyperactivité thyroïdienne intermittentes dans la période qui précède les règles, le métabolisme présentait aussi une poussée précataméniale avec retour à la normale en même temps que paraissent les règles. Il est difficile de faire la part dans ces phénomènes de l'iode et du fluorure administrés.

Robert Clément.

A. David (Lille). ***L'argyrie généralisée d'origine thérapeutique*** (*Bruxelles Médical*, tome XII, n° 39, 24 Juillet 1932). — L'argyrisme généralisé thérapeutique, qui avait sévi à la fin du siècle dernier lorsqu'on traitait la syphilis par le nitrate d'argent, avait à peu près complètement disparu. Il a fait récemment sa réapparition dans la région du Nord à la suite de l'emploi dans le traitement de la tuberculose d'un médicament contenant, à côté de l'acide nucléinique et du cinnamate de soude, 0 gr. 05 de collargol par pilule.

Dans le déterminisme de la coloration ardoisée caractéristique des téguments, l'administration par voie buccale et surtout la durée du traitement sont les facteurs principaux. Cependant, les accidents peuvent survenir avec des doses faibles; ils sont alors dus à une susceptibilité individuelle que rien ne peut faire prévoir. Il convient donc d'être très prudent dans l'emploi des préparations argentiques, d'autant plus qu'aucun indice révélateur ne permet de déceler le commencement de l'argyrisme: le liséré gingival paraît exceptionnel.

La coloration de la peau une fois constituée est indélébile. Il s'agit là d'un « inconvénient » de la médication argentique qui est loin d'être négligeable et qui peut exposer le médecin à des poursuites en responsabilité.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Dibold. ***Coïncidence de diabète sucré et d'ictère catarrhal*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 24, 10 Juin 1932). — V. Noorden et Isaac ont constaté, dans 23,3 pour 100 des cas, des lésions hépatiques plus ou moins importantes chez les diabétiques. 2,6 pour 100 présentaient une cirrhose vraie. Ils ne signalent pas spécialement les ictères chez ces malades.

Maleuross, en 1923, observe une épidémie d'ictères dans une station pour diabétiques, puis Steinitz en 1931 souligne la fréquence des ictères chez les diabétiques.

D. note l'apparition d'ictère catarrhal à 11 reprises chez 224 hommes diabétiques suivis depuis

un an et demi à sa clinique alors que les 200 femmes observées pendant la même période n'ont jamais eu d'ictère.

Chez 8 malades, l'ictère avait précédé l'évolution du diabète (diabète grave dans 6 cas, bénin dans 2 autres).

Les 3 observations d'ictère au cours du diabète sont exposées plus en détail par D. Il note, sans d'ailleurs y insister, un Bordet-Wassermann positif chez 2 de ces malades.

Les recherches de D. ont essentiellement porté sur l'influence réciproque qu'ont pu exercer l'une sur l'autre les 2 affections coexistantes : ictère catarrhal et diabète. En pratique, l'ictère détermine une aggravation très minime et transitoire du diabète. L'absence de toute aggravation ultérieure est peut-être due à la surveillance plus attentive du régime qui suit habituellement l'hospitalisation ; mais il n'en est pas moins intéressant de noter l'indépendance très poussée des diverses fonctions hépatiques démontrée ici par l'absence d'influence réciproque de 2 affections touchant indiscutablement le foie.

Quelques précautions thérapeutiques particulières sont à prendre lors de l'association de ces 2 affections : l'ictère justifiant un régime carencé en graisses et le diabète nécessitant la suppression relative des sucres. La médication insulinique permettant l'enrichissement de la ration hydro-carbonée rendra plus aisé l'établissement du régime et facilitera également la reprise ultérieure de l'équilibre.

G. Dreyfus-Sée.

Catel. ***L'activité cérébrale du nouveau-né*** (*Deutsche medizinische Wochenscrift*, tome LVIII, n° 26, 24 Juin 1932). — L'étude des réactions du nouveau-né montre des caractères qui le rapprochent des organismes inférieurs. Peu à peu, le développement des centres nerveux supérieurs fera disparaître ces réflexes. C'est donc l'étude de très jeunes enfants qui permettra d'envisager les problèmes de biologie générale les plus étendus.

C. dans ce travail envisage successivement les divers caractères nerveux spécifiques du nouveau-né, tels qu'ils apparaissent dans la littérature médicale moderne.

Anatomiquement : développement incomplet du système nerveux central entraînant une déficience du pouvoir modérateur et inhibiteur.

La comparaison avec les destructions partielles déterminées expérimentalement chez l'animal permet d'interpréter les phénomènes observés. C'est ainsi que les réflexes spéciaux du nouveau-né peuvent être comparés avec certaines manifestations des animaux décérébrés.

La persistance plus ou moins longue du réflexe de préhension (réflexe du poing fermé sur un objet) témoignerait du développement insuffisant du cortex cérébral. La réapparition de ce réflexe chez un enfant plus âgé pourrait être interprétée comme résultant d'une inhibition fonctionnelle cérébrale pathologique.

En ce qui concerne les expressions de la mimique, leur apparition précoce doit être interprétée à la lumière des données phylogénétiques. Certaines d'entre elles correspondent en effet à des expressions de l'adulte succédant à des sensations d'ordre cortical et réalisées par voie réflexe : ainsi la grimace de l'enfant à qui l'on fait avaler une substance amère, la mimique douloureuse, le cri. Par contre, rire et sourire sont d'apparition plus tardive.

Ces grimaces peuvent êtres rapprochées du phénomène de succion ou de moue déclanchés par voie réflexe en percutant la joue de certains prématurés.

L'hyperexcitabilité nerveuse périphérique des nouveau-nés peut d'ailleurs aller de pair avec une sensibilité thermique excessive.

Enfin, l'étude des réflexes oculaires et celle de l'évolution de la motilité complètent ces observations.

En conclusion, l'enfant apparaît à sa naissance comme un être doué d'une vie réflexe, « pallidale », selon l'expression de Förster. Il est ainsi dépourvu de défense propre et ne doit, en vérité, être considéré que comme une dépendance physiologique de l'organisme maternel. G. Dreyfus-Sée.

Bettmann. ***Nouvelle méthode de traitement par l'histamine des affections douloureuses musculaires, nerveuses et articulaires*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 26, 24 Juin 1932). — L'histamine a été essayée dans le traitement cataphorétique des affections rhumatismales, mais la technique d'utilisation ne permettait que des applications trop restreintes.

B. utilise des tablettes d'histamine pour préparer des bains cataphorétiques et une pommade pour massage local.

L'histamine utilisée par ionisation ou application cutanée simple détermine une réaction triple :

1° Dilatation des petits vaisseaux cutanés déterminant une hyperhémie locale.

2° Dilatation des artérioles voisines entraînant la formation d'une zone périphérique hyperémique ;

3° Exagération de la perméabilité vasculaire déterminant la constitution d'une réaction papuleuse.

Cette exagération de la vascularisation locale et des échanges explique l'activité thérapeutique dans les affections articulaires, musculaires et nerveuses.

Les recherches capillaroscopiques et thermométrique de B, après application d'une solution exactement dosée d'histamine, lui ont permis de préciser l'action du médicament.

Il observe :

1° Accélération circulatoire dans les petits vaisseaux vérifiée par l'examen capillaroscopique ;

2° Dilatation et même néoformation de capillaires cutanés, surtout dans la zone marginale hyperémique ;

3° Augmentation de la température cutanée ;

4° Augmentation de la transsudation intercellulaire ;

5° Accélération de la résorption.

Ces faits expérimentaux montrent l'utilité de l'histamine dans les affections suivantes :

Troubles circulatoires de tous ordres : soit fonctionnels (myalgies, arthralgies, névralgies), soit organiques (rhumatisme articulaire chronique, traumatismes articulaires, contractures) ; troubles trophiques (ulcères) ; parfois même, furonculose au début, hémiplégies récentes, poliomyélites récentes, eczémas récidivants. Au cours de pleurésies, pneumonies, manifestations goutteuses, des résultats favorables auraient été observés.

Des contre-indications seraient constituées par la fièvre, et l'état vasolabile de certains neurasthéniques. Les formes médicamenteuses de tablette et de pommade rendent aisée l'utilisation du médicament. La technique précise de ces applications est exposée en détail par B.

G. Dreyfus-Sée.

Vas. ***Observations sur l'utilisation du traitement cataphorétique par l'histamine et ses nouvelles indications*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 26, 24 Juin 1932). — Le traitement par les bains cataphorétiques de solution d'histamine et les massages par pommade histaminée a fourni à V. des succès thérapeutiques dans des cas variés.

Il a traité ainsi des troubles circulatoires organiques allant jusqu'à la gangrène. Des furoncles, des infiltrations péri-vasculaires dues à des injections involontaires paraveineuses ont également cédé à ce traitement.

Une amélioration sensible allant parfois jusqu'à la guérison a été obtenue lors de troubles douloureux articulaires. Enfin, le traitement cataphorétique a paru efficace a · cours de certaines acroparesthésies. Ces multiples observations doivent encourager à l'application systématiquement étendue de ce procédé thérapeutique.

G. Dreyfus-Sée.

H. Kalk. ***Recherches cliniques sur les lésions hépatiques latentes*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 28, 8 Juillet 1932). — Il importe de tenter de mettre en évidence les états larvés d'insuffisance hépatique qui constituent une étape initiale de la cirrhose. L'épreuve du test de bilirubine paraissait devoir fournir des indications assez sensibles. Essayée au cours d'ictères catarrhaux, cette épreuve a fourni des résultats intéressants. On la pratique en injectant 0 gr. 05 de bilirubine et en vérifiant le taux de bilirubinémie avant l'injection, puis trois minutes puis trois heures après. Normalement, le chiffre de bilirubine doit être redevenu normal à la troisième prise.

Pendant la période de régression de l'ictère, on note une accélération de l'élimination de bilirubine, mais au cours de la convalescence, alors que l'affection paraît guérie, le retard d'élimination bilirubinique serait le témoin d'un certain degré de lésion du foie. Ce trouble léger peut persister durant des mois, parfois même des années.

G. Dreyfus-Sée.

Frankel. ***Traitement endovésical de l'hypertrophie prostatique par électrocoagulation*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 28, 8 Juillet 1932). — Les guérisons remarquables obtenues par un traitement chirurgical bien conduit restreignent considérablement le terrain de la thérapeutique conservatrice. Cependant, il est juste de réserver le traitement médical aux cas non opérables, en particulier du fait de contre-indications tirées de l'état général, du cœur ou des reins. En outre, le chiffre de mortalité opératoire, qui demeure relativement élevé, fait hésiter quelques malades et, pour les sujets refusant de se prêter à une intervention qu'ils redoutent, l'électrocoagulation endovésicale constitue une précieuse ressource.

Ce traitement, possible à poursuivre sur des malades non hospitalisés, permet de supprimer radicalement les troubles de la miction ou tout au moins de les atténuer considérablement. Il détermine donc une guérison clinique symptomatique plus ou moins absolue.

G. Dreyfus-Sée.

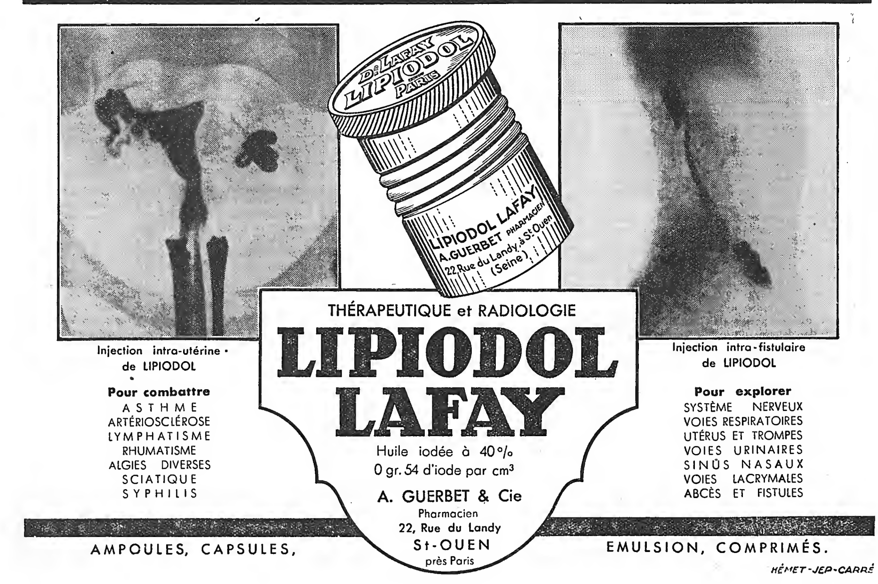
Rohrschneider. ***Troubles oculaires survenant au cours de la radiothérapie d'affections extraoculaires*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 29, 15 Juillet 1932). — A l'inverse de l'opinion des premiers observateurs affirmant la radiorésistance des yeux, on sait actuellement que des lésions de l'œil peuvent succéder parfois tardivement à certain traitement radiothérapique.

On observe en particulier une cataracte deux ou trois ans après les irradiations ; le cristallin paraît électivement sensible à la radiothérapie. En effet, sur 26 observations connues de lésions oculaires succédant à des applications de rayons en dehors de l'œil, il s'agissait 21 fois d'altérations cristalliniennes.

Les traitements les plus souvent en cause s'adressaient à des lésions cutanées (14 cas de lupus, eczéma, sycosis, xeroderma, pigmentose), intra-craniennes (11 cas de fibromes naso-pharyngiens, tumeurs hypophysaires, adéno-carcinome du maxillaire, etc.) ; dans un cas exceptionnel, la tumeur traitée était un carcinome mammaire.

Ces notions indiquent la nécessité absolue d'une protection attentive des yeux au cours de l'application des rayons X, en particulier lorsque les irradiations ont lieu dans le domaine de la face ou du crâne.

G. Dreyfus-Sée.



Dr LAFAY
LIPIODOL
PARIS
LIPIODOL LAFAY
A. GUERBET PHARMACIEN
22 Rue du Landy, à St Ouen
(Seine)

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig).

Heinrich von Hoesslin. ***Irrégularité périodique du pouls dans la respiration altérée (Cheyne-Stokes) et normale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 23, 4 Juin 1932). — H. donne l'électrocardiogramme d'un malade présentant la respiration de Cheyne-Stokes à la suite d'un empyème. La période de respiration dura chez ce malade 20 à 25 secondes et l'arrêt 15 secondes. Deux pulsations avant la reprise de la respiration, on constate que la durée de la révolution cardiaque passe de 0,53 à 1,35 seconde pour se raccourcir ultérieurement jusqu'à une nouvelle période d'apnée, le début de la tachycardie coïncidant avec le troisième mouvement respiratoire avant l'arrêt. En même temps que le ralentissement du pouls, on constate des modifications de la conduction. Les ondes auriculaires deviennent plus petites, s'espacent et il apparaît une nouvelle onde P. Dès que le pouls recommence à s'accélérer, cette seconde onde P disparaît. L'administration de 1 milligr. d'atropine s'est montrée sans action sur les phénomènes respiratoires mais a fait complètement cesser les variations de l'activité cardiaque.

Dans une deuxième observation, des faits analogues ont été constatés : le nombre des pulsations double d'une façon brusque pendant la période d'apnée. Le ralentissement est dû à un allongement de la période de conduction entre oreillettes et ventricules, période qui passe de 0,23 à 0,30 seconde pendant la période respiratoire. De plus, pendant cette période, le cœur prend le rythme 1 : 2. Pendant l'apnée, la pression s'élève à 160 mm. et pendant la période de respiration à 220 ou 230 mm. de Hg. L'oxygène est sans action, la lobéline raccourcit les périodes et l'atropine supprime le ralentissement du pouls.

H. compare ses recherches à celles de Roth qui lui aussi a constaté, dans un certain nombre de cas, une accélération du pouls pendant la période d'apnée. Chez ses malades, Roth a constaté que le pouls ralentissait même si le malade retenait sa respiration pendant la période de dyspnée et que l'épreuve de la compression carotidienne déterminait un ralentissement quand elle était pratiquée au début de la période d'apnée. Ainsi, le centre du vague aurait été particulièrement excitable. D'un autre côté, on ne peut pas admettre que ce soit la surcharge d'acide carbonique du sang qui détermine la périodicité de la respiration. En effet, la respiration d'acide carbonique fait disparaître les phénomènes. De même, l'utilisation d'oxygène rend une certaine régularité à la respiration. Il n'est pas non plus sûr que l'anoxémie soit le facteur qui agisse pour ralentir brusquement le pouls au début de la période de respiration.

Chez un autre malade, H. a constaté dans le rythme cardiaque des variations tout à fait indépendantes de la respiration. Pendant une certaine période, les pulsations étaient 1 1/2 à 2 fois plus fréquentes que pendant une autre période. Pendant les périodes de rythme lent, les relations entre les contractions ventriculaires et auriculaires étaient manifestes. Pendant les périodes de tachycardie, il devait survenir un flutter auriculaire. On comptait, en effet, 300 contractions auriculaires pour 156 contractions ventriculaires et par conséquent un rythme 2 : 1. Ultérieurement, au cours de mêmes périodes, il apparut un rythme 3 : 1.

P.-E. Morhardt.

H. Altenburger et **H.-G. Wolff.** ***Accès épileptiques et excitabilité neuromusculaire*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 23, 4 Juin 1932). — A. et W. ont étudié l'excitabilité électrique de l'appareil neuro-musculaire en mesurant la rhéobase et la chronaxie chez 31 épileptiques.

La valeur de la chronaxie a été, dans une partie des cas, normale ou à la limite inférieure de la normale et dans une autre partie, un peu au-dessous. Pour les fléchisseurs des doigts, par exemple, elle a été, dans 10 cas, de 0,08 sigma au lieu de 0,16 à 0,24 sigma, chiffres donnés comme normaux par Bourguignon.

A. et W. ont dressé pendant 14 à 25 jours la courbe quotidienne de la chronaxie et de la rhéobase. Les chiffres ainsi obtenus ont correspondu à ce qui s'observe chez des sujets normaux. De plus, dans quelques cas, il a été possible de procéder à ces mesures soit immédiatement avant, soit immédiatement après l'accès, et il n'a été constaté aucune modification. Les résultats sont donc tout à fait négatifs. Ils entraînent néanmoins des conclusions importantes. Les modifications du seuil galvanique observées chez les épileptiques doivent être interprétées autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici et considérées comme l'expression d'une modification de l'état physique en relation avec les variations de la résistance du corps qui sont constatées chez les malades.

D'autre part, ces résultats sont très différents de ce qui s'observe dans les diverses formes de tétanie infantile, parathyréoprive ou par hyperpnée. Dans ces états, la chronaxie augmente d'une façon importante. Ainsi, l'épilepsie et la tétanie représentent deux processus différents malgré leurs analogies, et spécialement les variations de l'excitabilité constatées au cours de l'hyperpnée sont sans rapport pathogénique avec l'accès épileptique.

P.-E. Morhardt.

Hans Handovsky. ***Le traitement des anémies par le cuivre; nouvelles méthodes de comparaison quantitative de médicaments antianémiques et nouvelles préparations de protéines cuivriques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 23, 4 Juin 1932). — Le cuivre a été, à diverses reprises considéré comme un médicament intéressant et notamment comme un excitant de la cellule.

H. a entrepris des recherches systématiques sur cette question en utilisant comme tests les effets du cuivre sur l'anémie par saignée ou par phénylhydrazine ou encore sur des chiens devenus spontanément anémiques.

L'acétate de cuivre n'a pas manifesté des effets nets sur l'anémie par saignée. Par contre, des combinaisons d'acides aminés (glycocolle et surtout tyrosine) et de cuivre se sont montrées capables d'exciter la régénération de l'hémoglobine et des hématies. Une combinaison d'albumine et de cuivre aurait donné des résultats tout à fait surprenants tant sur la formation des érythrocytes que sur la production d'hémoglobine.

On a constaté également que dans l'anémie par phénylhydrazine les protéines cuivriques diminuent ou suppriment les effets du toxique sur le sang.

Sur les chiens spontanément anémiques, on a constaté une réaction extrêmement rapide sous l'influence de la protéine cuivrique. Dans l'ensemble, les résultats obtenus montrent que la régénération des érythrocytes et celle de l'hémoglobine sont deux phénomènes très distincts sur lesquels les diverses préparations de cuivre n'agissent pas d'une façon semblable. Il est possible en outre, que le cuivre et le fer possèdent un point d'attaque différent.

H. a fait également des recherches avec une association de cuivre, de fer et de protéines. Il semble que, par cette association, on arrive à potentialiser les effets de chacun des deux éléments. La préparation employée contenait du cuivre et du fer dans la proportion de 1 : 10; elle a agi sur la régénération des érythrocytes comme sur celle de l'hémoglobine.

P.-E. Morhardt.

Benno Slotopolsky. ***Le comportement du sucre du sang pendant le jeûne*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 23, 4 Juin 1932). — Au cours de ces quatre derniers mois, S. a observé à la clinique psychiatrique de Bâle 6 malades qui ont jeûné par refus d'aliments, pendant un temps qui a duré jusqu'à cent dix heures. Chez ces malades, il a été fait, chaque jour, une détermination du sucre du sang. Cette détermination a été faite également chez 3 épileptiques et 2 paranoïaques soumis à une cure de jeûne ayant duré jusqu'à dix jours. Dans les 14 et 15 premières heures du jeûne, il n'a jamais été constaté de valeurs au-dessous de 74 milligr. (moyenne : 85 milligr.). Mais déjà entre la quinzième et la vingt-quatrième heure, on constate parfois des chiffres assez faibles : 54 à 59 milligr.

Lorsque le jeûne se prolonge, la glycémie se modifie d'une façon variable. Parfois, elle continue à s'abaisser jusqu'à 50 milligr. D'autres fois, elle s'élève pour ne plus diminuer jusqu'au dixième jour. En somme, il y aurait abaissement dans les premiers jours puis, ultérieurement, cours irrégulier avec cependant tendance aux valeurs basses. Quand le jeûne dure longtemps, le taux de la glycémie atteint une moyenne de 60 milligr.

D'autre part, on a constaté, à la reprise de l'alimentation, que l'administration de petites quantités d'hydrates de carbone provoque une augmentation considérable du sucre du sang. Cette réaction anormale peut persister pendant plusieurs jours.

P.-E. Morhardt.

Erich Urbach et **Robert Willhelm.** ***Allergènes nutritifs rares jusqu'ici inaperçus (sel de cuisine, acides organiques, sucre)*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 24, 11 Juin 1932). — U. et W. donnent d'abord l'observation d'une femme de 59 ans qui, depuis dix ans, présente, presque sans interruption, une éruption cutanée prurigineuse. On met en évidence chez cette malade l'existence d'une sensibilité spécifique pour les œufs, la viande de porc et les carottes. Au moyen du traitement habituel, on fait disparaître ces sensibilités. Néanmoins, il survient de nouvelles poussées prurigineuses et on finit par s'apercevoir que ces poussées sont provoquées par les aliments fortement salés. D'ailleurs, l'administration de 5 gr. de chlorure de sodium en cachets ou sous forme de solution à 0,85 pour 100 fait apparaître un prurit violent, un peu moins marqué avec la solution qu'avec le sel pur.

Une série d'expériences, faites chez cette femme, montrent que le cation sodium ne peut pas être mis en cause. Au contraire, l'anion Cl se montre actif d'abord sous forme d'acide chlorhydrique ou de chlorure de potassium, de magnésium ou de lithium. Par contre, le chlorure de calcium n'agit pas, probablement parce que le calcium a un pouvoir antagoniste. Il semble également que la formule de sel préparé par Gerson ait un pouvoir antagoniste et soit capable de neutraliser une certaine quantité de chlorure de sodium.

Cette sensibilité au chlorure de sodium paraît à U. et W. un phénomène essentiellement quantitatif. Pour faire apparaître l'allergie, il faut dépasser une quantité définie. En outre, cette malade paraît présenter également une certaine sensibilité à l'égard des phosphates.

Dans un second cas, il s'agit d'urticaire qui apparaît après les mets acides et après les mets sucrés. Les acides n'agissent pas tous. Ainsi par exemple, l'acide chlorhydrique est sans action. Par contre, l'acétate de sodium agit. Il semble donc que l'ion acétique soit en cause. Cette femme présente également de la sensibilité à l'égard des divers sucres : dextrose, levulose, saccharose et galactose. Pour la saccharose, il faut dépasser la dose de 12 gr.

P.-E. Morhardt.

H. Küstner. ***Le traitement par la thyroxine de l'éclampsie et des troubes pré-éclamptiques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 24, 11 Juin

1932). — K. rappelle les recherches qu'il a faites montrant que l'hormone post-hypophysaire est augmentée en cas de pré-éclampsie ou d'éclampsie, recherches qui ont été confirmées notamment par Anselmino et Hoffmann. Il admet, en conséquence, que, dans ces états pathologiques, il y a excès de production de l'hormone antidiurétique du lobe postérieur et insuffisance thyroïdienne. Il a donc eu l'idée de recourir, dans ces états, à la thyroxine qui lui a déjà donné des résultats *apparemment satisfaisants*, au moins dans les éclampsies de la gravidité tandis que dans les éclampsies du post-partum, les effets seraient moins nets.

Il donne ainsi l'observation d'un certain nombre de cas et conclut que, sur 48 malades, il a vu 26 fois sous l'influence de la thyroxine une cessation des accès avec une régression importante des œdèmes par élimination d'eau. Dans 16 cas, par contre, les résultats n'ont pas été aussi nets parce qu'une autre thérapeutique avait été employée; dans 2 cas, les effets ont été nuls. Il est mort 4 de ces femmes dont une vraisemblablement d'autre chose que d'éclampsie.

Parmi les cas qui ont bénéficié de la thyroxine, il n'en est aucun chez lequel la pression ait dépassé, d'une façon durable, 180 mm. de Hg. Par contre, il y a toujours eu de l'œdème et de l'albuminurie parfois fort marquée. La diurèse était faible et elle s'est déclanchée en général six à huit heures après le début du traitement. K. recommande donc cette méthode en cas de pression faible avec œdème marqué et troubles de la fonction rénale.

A côté de la thyroxine, il a été en général administré 1 à 1,5 centigr. de morphine, surtout quand les malades étaient agitées. Quand la thyroxine n'a pas eu d'effet, on a employé la méthode de Stroganoff.

En cas de pré-éclampsie, les résultats sont encore plus favorables. Sur 21 cas assez graves, le résultat a été satisfaisant 13 fois. Dans 6 cas, il n'a pas été net parce que les malades n'ont pas été observées suffisamment longtemps. Dans 2 cas, la thyroxine n'a rien donné. Le succès a été obtenu surtout quand il y avait une rétention aqueuse importante.

En somme, il faut distinguer entre les cas où la pression augmente et ceux où c'est surtout la rétention d'eau qui se manifeste. K. pense qu'il y aurait deux toxines provenant du lobe postérieur de l'hypophyse et pouvant être sécrétées en proportions variables. Il ne semble pas que la thyroxine ait eu d'influence nocive ni sur la mère ni sur l'enfant. Les doses, qui ont été données, sont évaluées par K. à 1 milligr. de thyroxine par litre de sang circulant. En opposition avec ce fait, l'auteur remarque que les éclamptiques et les pré-éclamptiques sont très sensibles à l'hypophysine qui s'est montrée dans quelques cas capable de déclancher des accès d'éclampsie.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague, Vienne)

H. Liebig. ***Traumatisme et diabète sucré*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 11, 11 Mars 1932). — La notion d'un diabète sucré d'origine traumatique était classique autrefois. Elle a été beaucoup critiquée à la suite des observations de guerre, qui ont montré la rareté du diabète chez les blessés et chez les commotionnés, si bien que v. Noorden, Isaac et Umber n'admettent pas le diabète d'origine purement traumatique, mais seulement la révélation ou l'aggravation d'un diabète à la suite d'un traumatisme somatique ou psychique. Cependant, L. reste convaincu que, dans certains cas de pratique civile, on n'a pas le droit de ne pas admettre la relation médico-légale entre le traumatisme et le diabète au bénéfice du malade. Il est d'accord, sur ce point, avec Hijmans van den Bergh. Il apporte 9 observations à l'appui. Il s'agissait, dans 3 cas, d'un choc exclusivement psychique, dans 2 cas d'un choc principalement psychique, et dans les 4 autres cas d'un traumatisme corporel important. L'intervalle entre le traumatisme et les premiers symptômes du diabète variait de deux jours à six ou neuf mois (il était inférieur à six semaines dans 7 cas). Il n'y avait d'indice de prédisposition héréditaire que dans 2 observations. La plupart des observations concernaient des sujets jeunes. L'acétonurie existait dans 8 cas. L'évolution a été fatale dans 4 cas; la mortalité du diabète traumatique est donc élevée. Le diabète ne pouvait être considéré comme léger que dans un cas.

L'observation la plus démonstrative est celle d'un homme de 52 ans, qui a été victime, en 1926, d'un accident de chemin de fer. Il reçut une blessure légère à l'œil gauche, mais un choc sévère. Le wagon est tombé d'un pont d'une hauteur de 12 m. Il y avait 5 morts parmi ses voisins de compartiment. Huit jours plus tard, dans une clinique parisienne où il avait été transporté, on trouva du sucre pour la première fois dans ses urines. Or, il avait, auparavant, l'habitude de faire examiner ses urines tous les deux mois, et jamais aucune glycosurie n'avait été constatée. Le diabète n'a jamais disparu depuis lors, et la compagnie de chemins de fer française a admis l'origine traumatique du diabète.

L. a d'ailleurs noté la fréquence du diabète chez les mécaniciens de locomotives.

Il ne croit pas qu'on puisse établir de démarcation nette entre le diabète et la glycosurie transitoire post-traumatique.

Bien entendu, la liaison ne doit être admise qu'après enquête approfondie et une critique minutieuse des faits.

J. Mouzon.

H. Perger. ***Erythème noueux et scarlatine*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 11, 11 Mars 1932). — Un jeune garçon de 8 ans est pris d'une scarlatine franche et absolument typique. L'examen bactériologique ne montre la présence d'aucun bacille diphtérique, ni sur les amygdales, ni sur la muqueuse nasale. La défervescence, la desquamation se produisent dans les délais habituels, sans complication. Mais, le douzième jour, la température remonte à 38°, et, le lendemain, à 39°3. Le dix-huitième jour, apparaissent des éléments d'érythème noueux sur la face d'extension des deux membres inférieurs. Après deux autres poussées analogues, la défervescence se produit le dixième jour de l'érythème noueux. L'enfant a suivi un traitement salicylé (2 gr., puis 1 gr. par jour). Il guérit sans autre incident.

Une petite fille de 7 ans vient d'être atteinte d'une scarlatine typique, au cours de laquelle il faut seulement noter une poussée d'herpès labial le neuvième jour, au début de la période de desquamation. Le dix-huitième jour, en pleine convalescence, surviennent quelques douleurs du dos et des coudes. La température atteint 37°7. Le lendemain, elle est à 38°4, et l'érythème noueux apparaît sur les membres inférieurs. Après quatre jours de traitement salicylé, les nodosités entrent en régression, et elles ont complètement disparu le trente-deuxième jour de la maladie. Dans ce cas également, la recherche du bacille diphtérique est restée négative. Le streptocoque hémolytique a été trouvé le cinquième jour de la scarlatine. Plusieurs examens ultérieurs n'ont pas permis de le découvrir.

Dans aucune de ces deux observations, il n'y a eu de signe d'accident tuberculeux. Les deux cas ont été observés au cours d'une épidémie qui s'accompagnait volontiers de complications articulaires.

La seule observation analogue que P. ait retrouvée est due à H. Eichhorst, et remonte à 1914.

J. Mouzon.

THERAPIE DER GEGENWART
(Bégrad)

W. Nonnenbruch. ***La cure de salyrgan par injection intraabdominale*** (*Therapie der Gegenwart*, tome LXXIII, n° 3, Mars 1932). — L'injection directe de salyrgan dans la cavité péritonéale des malades atteints d'ascite a été recommandée déjà par un certain nombre d'auteurs (Saxl, Fukin et Kobayashi, Shimayano, Nonnenbruch, Freundlich).

N. confirme que, chez les ascitiques, on peut, sans danger et sans inconvénient, injecter, par une fine aiguille, dans la région sus-pubienne, une fois la vessie bien vidée, une des ampoules ordinaires du commerce de salyrgan, à la dose de 2 cmc. Une seule fois, il a vu l'injection régulièrement suivie de faiblesse, de nausées ou de vomissements. La diurèse commence dès la sixième ou la huitième heure, et dure environ deux jours. Elle est généralement plus intense qu'après l'injection intraveineuse. Les 5 observations relatées le démontrent nettement: les injections intrapéritonéales, répétées jusqu'à 6 et 7 fois chez le même malade oligurique, à intervalles assez rapprochés, déterminent des polyuries qui atteignent généralement de 2 à 6 litres. On peut également pratiquer l'injection à l'occasion d'une ponction d'ascite, ce qui permet une action plus énergique encore sur la résorption des œdèmes.

La méthode a été appliquée surtout dans des cas d'ascites cirrhotiques, mais aussi dans des péritonites tuberculeuses ou cancéreuses.

Freundlich a conseillé le même mode d'administration du salyrgan, dilué à raison de 2 cmc dans 20 cmc de solution de glucose à 5 pour 100, chez des malades indemnes de toute ascite. A cet égard, l'expérience de N. n'est nullement encourageante: il a observé, chez deux malades, à la suite de ce traitement, de violentes réactions (frissons, fièvre, algies) qui ont duré jusqu'à quinze heures.

Winternitz a essayé l'injection de salyrgan dans un épanchement pleural, mais il ne recommande pas cette méthode.

L'efficacité de l'injection intrapéritonéale du salyrgan est évidemment en faveur de l'action extrarénale du médicament, mais les dosages faits par N. dans le sérum et dans le liquide péritonéal ne fournissent pas de donnée précise sur le mécanisme de cette action. Dans un cas, une solution d'indigo-carmin, injectée dans le péritoine, s'est éliminée beaucoup plus vite après l'injection de salyrgan, ce qui montre un pouvoir de résorption plus actif du péritoine.

J. Mouzon.

ZENTRALBLATT FUR CHIRURGIE
(Leipzig)

Meyer et **Atanasof** (Charlottenbourg). ***Y a-t-il des échecs dans le traitement iodé pré-opératoire des basedowiens suivant la méthode de Plummer-Boothby ?*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, tome LIX, n° 15, 9 Avril 1932). — A la question qu'ils posent, M. et A. répondent par la négative: les prétendus échecs de la préparation iodée s'expliquent par une durée insuffisante; pour chaque cas, il faut une application raisonnée de la méthode, et c'est en se basant sur l'état général du malade, sur sa température, la courbe de son pouls et celle de son poids, bien plus que sur le métabolisme basal, que l'on appréciera le moment propice pour l'intervention chirurgicale.

Le traitement iodé pré-opératoire doit être suffisamment prolongé. En principe, M. et A. administrent à leurs futurs opérés X à XX gouttes de solution de Lugol pendant huit à quinze jours, et en outre du luminal, et pendant trois à cinq jours avant l'intervention de la digitale. Mais dans les cas graves (M. et A. en rapportent deux comme exemples) ce traitement préparatoire doit être continué pendant trois et quatre semaines.

Grâce à ces précautions, M. et A. peuvent apporter une série de 114 interventions pour maladie de Basedow, dont quelques cas très graves, sans une seule mort, alors qu'une série de 80 cas opérés avant l'emploi préventif de l'iode était grevée de 4 morts par hyperthyroïdisme. Avec une préparation iodée bien comprise, les opérations en plusieurs temps deviennent inutiles.

En ce qui concerne le mode d'anesthésie, M. et A. conseillent l'avertine à faible dose (10 à 12 centigr. par kilogramme), à laquelle on ajoute une anesthésie locale à la novocaïne à 2 pour 100, et éventuellement quelques gouttes de chlorure d'éthyle ou d'éther.

CH. LENORMANT.

ZEITSCHRIFT FUR HALS-, NASEN- UND OHRENHEILKUNDE (Berlin)

G.-E. Benjamins (Groningue). ***Sur une théorie alimentaire de la pathogénie de la fièvre des foins et un régime thérapeutique basé sur cette théorie*** (*Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde*, tome XXX, fasc. 4, 13 Mai 1932). — Ayant observé des résultats très inconstants lorsqu'il injectait à des cobayes certains extraits polliniques, l'auteur acquit la conviction que les irrégularités qu'il notait étaient en rapport avec la litière des animaux en expérience. Comme ceux-ci se nourrissent en grignotant leur litière, on peut en effet concevoir qu'ils se sensibilisent par l'ingestion des tiges et des feuilles dont est constituée cette litière. Aussi bien suffit-il d'en élaguer toute graminée pour qu'aucun des 51 cobayes injectés avec des extraits polliniques ne réagît à ces injections. Au contraire, les 23 cobayes auxquels on avait fait boire un extrait d'une graminée déterminée présentèrent une réaction caractéristique à l'égard des mêmes extraits polliniques. Poursuivant ses recherches l'auteur injecta à 5 malades, sujets à la fièvre des foins, et à 6 personnes ne présentant pas cette maladie, des extraits préparés avec différentes farines (à 10 pour 100). Or, les sujets de la première catégorie réagirent d'une façon plus ou moins marquée à la plupart des farines de céréales, tandis que les sujets normaux y demeurèrent généralement indifférents.

L'auteur a été ainsi conduit à supprimer toute espèce de farine de céréales de l'alimentation des malades atteints de fièvre des foins. Sur 7 patients soumis à ce régime, 4 ont vu entièrement disparaître leurs crises. Il est juste d'ajouter que chez 3 autres malades ce mode de traitement n'a donné aucun résultat favorable.

FRANCIS MUNCH.

MINERVA MEDICA (Turin)

A. Allodi et **F. Bua**. ***Sur un cas de syphilis de l'estomac*** (*Minerva Medica*, XXIIIe année, tome I, n° 8, 25 Février 1932). — A. et B. ont observé chez une jeune femme de 22 ans un syndrome gastrique douloureux avec hyperchlorhydrie simulant cliniquement l'ulcère, alors que l'examen radiologique mettait en évidence une image néoplasique de la grande courbure; cette discordance, l'absence d'hémorragies occultes, le bon état général et surtout la notion d'une syphilis remontant à deux années firent porter le diagnostic de syphilis gastrique qui fut confirmé par l'action du traitement antisyphilitique.

Aucun symptôme ne permet à lui seul d'affirmer la syphilis gastrique; les signes qui peuvent faire soupçonner sa forme ulcéreuse sont la continuité, l'irrégularité ou la prédominance nocturne des douleurs, la fréquence des vomissements, l'hypo ou l'anachlorhydrie, la résistance diffuse de la paroi abdominale au palper. La forme pseudo-cancéreuse se distingue surtout du cancer par l'importance plus grande des douleurs, l'évolution prolongée, l'âge souvent moins avancé du malade et l'état général meilleur. Aucun signe ne permet de reconnaître cliniquement les gastrites et les linites syphilitiques. Aucun argument clinique ou anatomique n'autorise à considérer l'ulcère gastrique comme une manifestation de syphilis.

L. ROUQUÈS.

V. Dall'Acqua. ***L'étude radiologique de la muqueuse gastrique et sa valeur diagnostique*** (*Minerva Medica*, XXIIIe année, tome I, n° 9, 3 Mars 1932). — Après avoir rappelé la technique de l'examen radiologique des plis de l'estomac bien mise au point par Berg, D. décrit les diverses modifications pathologiques dont de belles radiographies reproduisent les aspects les plus typiques.

Dans les gastrites hypertrophiques, comme celles des gastro-entérostomisés avec ou sans ulcère peptique, on observe l'hypertrophie des plis et la diminution de mobilité de la muqueuse; dans les gastrites hypertrophiques et hyperplastiques, la muqueuse prend un aspect granuleux facile à reconnaître; les gastrites atrophiques, par contre, ne sont pas appréciables radiographiquement.

L'étude des plis est très utile dans les ulcères, car: 1° elle montre les niches pariétales de l'estomac et du bulbe sous forme d'une tache ronde très opaque sur les radiographies bien centrées et faites sous une compression graduée; 2° elle met en évidence les ulcères cicatrisés par la convergence des plis en un point; 3° elle permet d'étudier le bourrelet qui entoure les ulcères et de préciser l'étendue de leur pénétration dans la muqueuse.

Les tumeurs à leur début peuvent se traduire par l'image du pli géant; plus tard, on observe soit une saillie rigide, soit une dépression plus ou moins profonde où les plis manquent complètement. On compte beaucoup d'observations où cette technique a fait reconnaître des cancers absolument latents, au cours d'examens pratiqués dans un autre but.

L. ROUQUÈS.

G. Dominici et **G. Oliva**. ***L'hypercétonémie provoquée comme moyen d'exploration fonctionnelle du foie*** (*Minerva Medica*, XXIIIe année, tome I, n° 10, 10 Mars 1932). — D. et O. ont utilisé, comme procédé d'exploration hépatique, l'hypercétonémie que produit la privation d'hydrates de carbone; leur technique comporte un premier dosage de l'acétone et de l'acide di-acétique d'une part, de l'acide β-oxybutyrique d'autre part, par la méthode de Pincussen-Engfeldt, un matin à jeun et un deuxième dosage le lendemain dans les mêmes conditions, le sujet n'ayant pris dans l'intervalle que des albuminoïdes et des matières grasses.

Chez les sujets normaux ou indemnes de lésions hépatiques, les résultats des deux dosages sont sensiblement les mêmes; les malades n'ayant que des lésions circonscrites du foie se comportent comme les sujets normaux; ceux qui ont des altérations diffuses de l'organe ne présentent pas de particularités importantes pour l'acétone; par contre, l'acide β-oxybutyrique a des valeurs supérieures à la normale et son élévation est surtout nette lors des seconds dosages. D. et G. pensent que la méthode d'hypercétonémie provoquée mérite d'entrer dans la pratique.

L. ROUQUÈS.

E. Liverani. ***Syndromes hypoglycémiques par l'adrénaline chez les hépatiques*** (*Minerva Medica*, XXIIIe année, tome I, n° 10, 10 Mars 1932). — La plupart des hépatiques réagissent à une injection d'adrénaline par une hyperglycémie plus ou moins retardée, mais appréciable; quelques cirrhotiques, à une phase avancée, présentent une réaction paradoxale, c'est-à-dire de l'hypoglycémie; mais en multipliant les dosages dans la première demi-heure, on observe que cette hypoglycémie est toujours précédée par une hyperglycémie fugace et peu accentuée. L'injection préalable d'ergotamine, qui n'influence pas l'hyperglycémie alimentaire, diminue ou supprime l'hyperglycémie adrénalinique et empêche aussi la réaction paradoxale. Une deuxième injection d'adrénaline, faite pendant la phase d'hypoglycémie adrénalinique, ne modifie pas la courbe de la glycémie.

Il ne s'agit pas, dans cette réaction paradoxale, comme on l'a soutenu à tort, d'une action double de l'adrénaline sur les terminaisons du vague et du sympathique ou d'une stimulation de la sécrétion insulinienne par l'adrénaline; L. pense que le foie, dont la fonction glycolytique est fortement troublée, s'épuise en répondant à l'excitation produite par l'injection d'adrénaline (phase précoce d'hyperglycémie); puis il tombe dans un état réfractaire vis-à-vis des excitations adrénaliniques endogènes, dont l'alternance avec les excitations insuliniennes ramène physiologiquement le taux du sucre à la normale après des oscillations décroissantes en plus et en moins; cet état réfractaire arrête le processus glyco-régulateur au stade d'hypoglycémie.

L. ROUQUÈS.

NORSK MAGASIN FOR LÆGEVIDENSKABEN (Upsala)

H. Björn-Hansen (Ullevaal). ***Sur l'infection focale*** (*Norsk Magasin for Lægevidenskaben*, tome XCIII, n° 4, Avril 1922). — B.-H. a eu l'occasion de constater que de nombreux malades atteints de rhumatisme fébrile ne guérissent qu'à la condition d'être débarrassés des centres d'infection focale, localisés le plus souvent au niveau des amygdales ou des dents. D'autre part, le traitement radical de l'infection focale ne met pas toujours à l'abri d'une récidive de rhumatisme aigu. En pareille occurrence, le traitement focal est cependant un adjuvant utile contre une éventuelle polyarthrite secondaire.

Il est toujours préférable de ne pas choisir, pour le traitement de l'infection focale, une phase aiguë, de crainte de provoquer une exacerbation de cette infection.

FRANCIS MUNCH.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

E. Melkersson (Göteborg). ***Etudes cliniques sur la réaction myodystonique*** (*Acta medica Scandinavica*, supplément XLIV, 1932). — Dans cette copieuse monographie de 300 pages, M. s'est efforcé d'établir l'origine extrapyramidale de la réaction myodystonique (RMD) de Söderbergh et sa valeur diagnostique.

Il commence par bien la définir et la différencier des réactions myotonique, myotonoïde et traumatique qui s'en rapprochent.

Toutes ces réactions sont obtenues par excitation directe unipolaire du muscle au moyen d'un courant faradique tétanisant.

La réaction myotonique se caractérise par une contraction paresseuse et par une phase de décontraction très prolongée. Elle se rencontre dans la myotonie congénitale, la dystrophie myotonique et d'autres myotonies dites atypiques. La réaction myotonoïde, assez voisine, se caractérise par une lenteur paresseuse de la contraction musculaire, surtout pendant la phase de décontraction. Elle se voit dans le parkinsonisme, la maladie de Wilson, la pseudo-sclérose, l'athétose, diverses affections extrapyramidales, la syringomyélie, les affections du lobe frontal rappelant cliniquement les affections des noyaux gris de la base, la sclérose latérale amyotrophique, le myxœdème, les dystrophies musculaires, le rhumatisme musculaire, enfin au niveau des muscles thoraciques au cours de la tuberculose pulmonaire. Dans la réaction

« traumatique », après excitation du muscle, il se produit des ondulations et des contractions toniques du muscle excité, qui peuvent s'étendre aux muscles voisins ou symétriques; cette réaction se voit dans les affections nerveuses post-traumatiques.

La réaction myodystonique se montre sous deux formes: l'une, de type tonique, caractérisée par une décontraction prolongée qu'interrompent des contractions spontanées plus petites du muscle tout entier (post-contractions) qui sont le signe distinctif capital de la RMD; elles manquent dans les réactions myotoniques et myotonoïdes; l'autre, de type clonique, se distinguant par des contractions spontanées, cloniques, après l'interruption du courant, sans que la décontraction offre de ralentissement frappant; on peut voir encore des contractions cloniques isolées au cours de l'excitation même. Cette réaction s'observe dans les parkinsonismes, la maladie de Wilson, les pseudo-scléroses, les affections extra-pyramidales post-traumatiques, divers syndromes extrapyramidaux, le torticolis spasmodique, la dystrophie myotonique, la sclérose latérale amyotrophique, la syringomyélie, le myxœdème.

M. a recherché la RMD chez 500 sujets, dont 66 normaux ou atteints de psychonévroses qui ont donné des réactions musculaires absolument normales. Les résultats ont encore été normaux dans 138 cas de maladies exemptes de symptômes nerveux organiques. La RMD est donc un symptôme objectif, non psychogène, n'existant que lorsqu'il y a des signes nerveux organiques. Sur 184 cas d'affections nerveuses organiques, mais dépourvues de symptômes extrapyramidaux, 11 cas seulement (6 pour 100) fournirent une RMD certaine. Sur 112 cas s'accompagnant de symptômes extrapyramidaux, il n'y en eut pas moins de 73 (65 pour 100) donnant une RMD; dans 11 cas, il n'existait qu'une décontraction prolongée. La RMD indique donc avec une extrême vraisemblance un trouble extrapyramidal du système nerveux central. Elle est très commune chez les parkinsoniens (85 pour 100), ce qui plaide fort en faveur de l'origine extrapyramidale de la RMD, de même que son absence chez presque tous les malades offrant des symptômes nerveux organiques, mais indemnes de symptômes extrapyramidaux.

La RMD n'est pas sous la dépendance de quelque autre symptôme extrapyramidal, mais elle se montre incomparablement plus souvent dans les syndromes acinéto-rigides que dans les formes purement hypercinétiques. D'une façon générale, il y a concordance topographique entre la RMD et les autres symptômes extra-pyramidaux comme le montrent les examens anatomo-pathologiques.

Dans les syndromes acinéto-rigides, la RMD est généralement de type tonique; dans les syndromes hypercinétiques elle semble plutôt de type clonique. Mais différents patients offrant le même syndrome peuvent présenter des formes différentes de réaction; il en est de même des différents muscles chez un même individu et du même muscle lors des différentes séances d'exploration. La réaction peut même varier à la suite de plusieurs excitations se succédant les unes aux autres. Après une série d'excitations, on voit parfois la réaction s'atténuer ou disparaître. Elle peut, d'autre part, s'atténuer ou disparaître parallèlement aux autres signes cliniques.

Il ressort de l'étude de M. que la RMD possède une grande valeur pratique et qu'elle peut avoir dans certains cas une valeur diagnostique décisive, les syndromes extrapyramidaux étant plus faciles à confondre avec les affections fonctionnelles que les syndromes pyramidaux, en raison de l'absence de signes extrapyramidaux certains. Du point de vue de sa genèse, la RMD est purement neurogène, contrairement à l'opinion de Bourguignon, de Rouquès, de Minkowski. Dans sa forme la plus tonique, elle peut se manifester simplement comme une décontraction prolongée. Par contre, la simple décontraction prolongée, qui peut être purement myogène, ne prouve nullement par elle-même la présence d'une affection nerveuse organique, extrapyramidale ou autre.

P.-L. Marie.

H.-G. Dedichen (Oslo). ***Ictère hémolytique et ulcère de jambe*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXVII, n° 5-6, Avril 1932). — L'association d'ictère hémolytique et d'ulcère chronique de jambe se réalise assez souvent (Eppinger, Gänsslen, etc.) pour qu'il n'y ait pas là une simple coïncidence. D. en apporte 3 nouveaux cas chez des jeunes gens, dont 2 étaient frères. Tous furent splénectomisés avec d'excellents résultats. L'ulcère guérit ensuite rapidement; cependant une récidive se produisit chez l'un d'eux à la suite d'un choc violent sur la cicatrice. La pathogénie de l'ulcère en pareil cas reste obscure.

D. a pu faire quelques remarques intéressantes chez deux de ses malades à propos de la longévité des globules rouges après transfusion au moyen de la méthode d'agglutination différentielle d'Ashby. Il semble qu'il se produit une destruction plus rapide des hématies que chez les sujets normaux, ce qui témoigne en faveur de la théorie qui attribue à l'hyperactivité des organes hématopoïétiques la genèse de l'ictère hémolytique. La transfusion n'eut pas dans ces cas d'heureux effets; peut-être le sérum du donneur a-t-il provoqué une hémolyse plus intense que chez des sujets normaux?

D'autre part, D. a étudié les modifications du sang consécutives à la splénectomie.

Il a constaté une augmentation marquée et subite de l'hémoglobine et des globules rouges liée à l'intervention, et il l'attribue à la libération de globules rouges accumulés dans la rate consécutive à la compression opératoire de l'organe; puis une diminution qui dure quelques jours et qui est suivie d'une nouvelle augmentation durable.

Du côté des globules blancs, il a trouvé, outre la forte leucocytose bien connue et la disparition passagère des éosinophiles, non suivie tardivement de l'éosinophilie accusée qu'ont signalée certains auteurs, une grosse augmentation des monocytes, accompagnée de l'apparition de monocytes atypiques, les uns volumineux, à cytoplasme basophile, à granulations basophiles assez nombreuses, semblant être des monocytes jeunes, les autres également de grande taille, à gros noyau homogène, à cytoplasme basophile et non granuleux, rappelant soit des myéloblastes, soit des mégaloblastes à un stade peu avancé, soit des cellules d'irritation de Türck. On sait combien est discutée l'origine des monocytes, certains soutenant leur origine myéloblastique, qu'ils partageraient avec les granulocytes, mais non avec les lymphocytes (théorie dualiste), d'autres leur origine lymphocytaire (théorie uniciste), d'autres enfin leur origine autonome, aux dépens surtout du système réticulo-endothélial (théorie trialiste). En admettant que cette dernière conception soit exacte, ces cellules atypiques pourraient représenter les cellules-mères des monocytes.

P.-L. Marie.

R. Hatlehol (Oslo). ***Le métabolisme hydrocarboné dans l'hyperthyroïdie et dans l'hypothyroïdie*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXVII, nos 5-6, Avril 1932). — H. a déterminé la capacité d'assimilation pour les hydrates de carbone, en se basant sur les courbes de la glycémie après ingestion de 1 gr. de glycose par kilogramme, chez 17 malades atteints d'hyperthyroïdie accompagnée de symptômes toxiques, avant et après thyroïdectomie, et chez 7 hypothyroïdiens, avant et après traitement par l'extrait thyroïdien.

Chez les hyperthyroïdiens, il a constaté de profondes anomalies dans le métabolisme hydrocarboné, se traduisant par des variations considérables dans les résultats des épreuves de tolérance chez le même malade, variations qui, chez la plupart, disparurent à la suite de la thyroïdectomie. H. n'a pas pu trouver de parallélisme entre ces anomalies et le métabolisme basal d'une part, et les signes cliniques d'autre part. Il n'a pas pu élucider la pathogénie de ces anomalies, mais il y a plusieurs raisons de croire qu'elle est différente de celle du diabète véritable; en particulier, l'existence d'un quotient respiratoire élevé parle déjà contre des anomalies d'ordre diabétique. Par contre, chez d'autres malades le métabolisme des hydrates de carbone se montrait parfaitement normal, sans qu'on puisse dire la raison de cette différence frappante.

Dans les statistiques qui ont servi à soutenir que l'hyperthyroïdie prédispose au diabète, le diagnostic de diabète est fondé sur l'état de la glycémie associé à la glycosurie. Mais, comme les critères servant généralement à différencier la glycosurie diabétique des glycosuries non diabétiques, c'est-à-dire la glycémie à jeun et la courbe glycémique après ingestion d'hydrates de carbone, n'ont pas, selon H., la même valeur dans l'hyperthyroïdie, les déductions tirées des statistiques deviennent très sujettes à caution. On peut adresser la même objection aux observations isolées de guérison de diabète après thyroïdectomie.

En ce qui concerne l'hypothyroïdie, les recherches de H. ne viennent pas étayer la conception qui veut que le métabolisme hydrocarboné diffère de la normale.

P.-L. Marie.

N.-A. Kurschakow (Voronège). ***Quelques modifications biochimiques dans le sang artériel et veineux pendant la période de la sécrétion gastrique*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXVIII, n° 1, Mai 1932). — K. a étudié les modifications qu'exerce la sécrétion du suc gastrique acide sur la composition chimique du sang d'où sont extraits des éléments des sucs digestifs. Il s'est adressé à 35 sujets normaux présentant les diverses variétés de sécrétion gastrique : acidité normale, hyperacidité, anacidité.

Il a pratiqué des tubages 30, 45 et 60 minutes après repas d'Ewald ou repas à l'alcool et fait une ponction de l'artère humérale et de la veine cubitale à jeun et quarante-cinq minutes après le repas, ponctions qui lui ont permis de doser O et CO^2, la capacité pour O, le pourcentage de la saturation en O, d'évaluer l'utilisation de O dans le passage du sang du système artériel vers le système veineux, de déterminer la glycémie, l'azote total, l'azote résiduel, l'ammoniaque et les chlorures des deux sangs. De plus, le sang retiré d'une veine à jeun et quarante-cinq minutes après le repas fut perfusé dans une oreille de lapin isolée pour rechercher son influence sur l'état de la paroi des vaisseaux.

Ces investigations ont montré qu'à jeun le métabolisme périphérique chez les sujets représentant les divers types de sécrétion gastrique est extrêmement variable, ce qui n'a rien d'étonnant, le type sécrétoire de l'estomac étant déterminé par le tonus végétatif qui agit sur l'ensemble du métabolisme et lui imprime son caractère. On constate ainsi que les tissus des sujets anacides consomment à la périphérie moins de O que ceux des hyperacides; la vitesse du sang est moins grande chez eux et les exigences des tissus en O sont moindres. Chez les hyperacides le taux de CO^2 est à son maximum, de même que la glycémie artérielle et veineuse et l'azote résiduel, toutes constatations indiquant un métabolisme bien plus actif que chez les anacides. Chez les hyperacides les chlorures, même pendant la phase de repos gastrique, sont mobilisés au maximum et l'échange dont ils sont l'objet entre le sang et les tissus procède d'une façon très active, tandis que chez les anacides la chlorémie et les variations entre le sang veineux et artériel sont réduites au minimum.

La période de sécrétion gastrique occasionne de nouveaux décalages et changements dans le métabolisme périphérique, qui tiennent, d'une part, aux modifications de l'équilibre acide-base, d'autre part, aux changements corrélatifs des conditions biochimiques.

Lorsque la sécrétion gastrique est à son apogée, le taux d'oxyhémoglobine augmente dans le sang artériel et surtout dans le sang veineux, le pourcentage de la saturation en O et la capacité pour O s'élèvent, et au maximum chez les hyperacides. L'utilisation de O par les tissus décroît, et surtout chez les hyperacides, ce qui doit être attribué à une accélération de la circulation. La quantité de CO^2 augmente dans le sang artériel et veineux, vraisemblablement dans le plasma. Cette augmentation est à son minimum chez les anacides. Ce processus est attribuable à la mise en liberté du Na aux dépens du NaCl et à sa combinaison donnant des bicarbonates. L'augmentation corrélative de la différence entre la teneur en CO^2 du sang artériel et celle du sang veineux semble liée à un accroissement des combustions.

Pendant la même période, la glycémie s'abaisse, et surtout dans le sang veineux. Toutefois elle augmente, si l'on emploie le repas à l'alcool. Cette baisse résulte de l'influence fermentative de l'insuline. L'azote résiduel s'élève tandis que l'azote total décroît, les différences étant plus marquées chez les hyperacides. L'ammoniémie augmente, surtout dans le sang veineux et chez les hyperacides, tandis que l'ammoniaque urinaire baisse, en rapport avec la déviation vers l'alcalose qui a lieu dans l'organisme à cette période. Le *p*H de l'urine augmente, sauf chez les anacides où il demeure inchangé.

Pendant la phase sécrétoire gastrique, les chlorures augmentent dans le sang artériel chez les hyperacides et les sujets à acidité normale, et il se fait une mobilisation extrêmement considérable, tandis qu'ils diminuent dans le sang veineux.

Le sang veineux prélevé à ce moment et perfusé dans l'oreille de lapin isolée produit d'ordinaire une action vaso-constrictrice, tandis que le sang recueilli pendant la phase de la sécrétion duodénale possède une influence vaso-dilatatrice. Ces phénomènes sont liés aux variations de CO^2 dans le sang et aux décalages biochimiques.

Le repas à l'alcool n'agit pas seulement comme excitant, mais il provoque encore des modifications biochimiques spéciales assez profondes.

Ces résultats indiquent que des changements notables surviennent dans le sang et dans les tissus au cours de la sécrétion gastrique, changements qui sont liés aux modifications de l'équilibre acide-base et surtout aux modifications du métabolisme. Pendant la sécrétion gastrique le métabolisme périphérique est stimulé; CO^2, azote résiduel et combustion du sucre s'accroissent. L'analyse simultanée des deux sangs permet de préciser le lieu et le sens des processus biochimiques.

P.-L. Marie.

G. Josephsen (Copenhague). ***A propos de l'étiologie de l'érythème noueux*** (*Acta medica Scandinavica*, tome LXXVIII, n° 1, Mai 1932). — J. passe en revue les différentes opinions concernant l'étiologie de l'érythème noueux qui peuvent se ramener à quatre: l'érythème noueux est un avant-coureur du rhumatisme articulaire aigu qui le suit constamment; l'érythème noueux est le précurseur de la tuberculose qui lui succède toujours; l'érythème noueux est une maladie spécifique ayant son individualité propre comme toute maladie infectieuse; l'érythème noueux est une manifestation d'anaphylaxie au cours des maladies infectieuses les plus diverses, n'ayant aucun rapport spécial avec aucune d'entre elles.

C'est en faveur de cette dernière conception que parlent les 71 cas observés à l'hôpital de Bispebjerg de 1924 à 1931 et analysés par J., certains malades ayant pu être suivis pendant de longues années. Les manifestations rhumatismales (arthropathies, angine, endocardite) ont été fréquemment notées chez ces malades, mais il n'en reste pas moins que 38 malades en sont demeurés complètement indemnes; il ne semble donc pas qu'il y ait un rapport absolu entre les deux affections. Sur 40 sujets qui ont pu être suivis à cet égard, 4 seulement ont présenté des accidents tuberculeux (1 décès) et souvent plus longtemps après l'érythème noueux que cela ne devrait être le cas si ce dernier était une réaction d'allergie à la tuberculose. D'autres auteurs scandinaves ont émis récemment une opinion semblable. J. a eu l'occasion d'autopsier un cas d'érythème noueux chez une jeune fille de 17 ans, décédée avec des manifestations rhumatismales aiguës. Il n'a trouvé aucune lésion tuberculeuse.

Dans aucun des cas observés on ne releva d'indices pouvant faire penser à une contagion ni à une maladie infectieuse spécifique.

En réalité, l'érythème noueux se rencontre au cours d'infections d'origine très variée ainsi qu'il ressort de la statistique de J. Il relate un cas d'érythème noueux accompagnant un rhumatisme gonococcique. Cette étiologie ne semble pas être exceptionnelle et la gono-réaction est appelée à rendre des services au diagnostic dans les cas d'érythème noueux accompagnés d'arthropathies.

P.-L. Marie.

B. Enocksson. ***Recherches sur le pouvoir réducteur du sang, spécialement en ce qui concerne diverses affections gastro-intestinales et leur diagnostic*** (*Acta medica Scandinavica*, suppl. XLV, 1932). — Dans la première partie de ce vaste travail, E. envisage la glyco-régulation chez les sujets normaux et dans les affections du tube digestif. Il a employé pour estimer le pouvoir réducteur du sang la méthode de Hagedorn-Jensen. Pour faciliter l'appréciation du métabolisme du glycose, il a utilisé comme valeurs-étalons: la valeur normoglycémique, moyenne de la courbe glycémique obtenue à jeun pendant quatre heures, qui, chez le sujet normal, permet de comparer les diverses épreuves faites et d'évaluer les conditions de la glyco-régulation; la valeur hyperglycémique de base (glycémie de 0 gr. 12 pour 100), qui permet d'apprécier de façon rapprochée la glyco-régulation chez les malades et de la comparer à celle des sujets sains; enfin l'aire du triangle hyperglycémique après l'ingestion de glycose (1 gr. par kilogramme de poids) et l'injection d'adrénaline (1 milligr.) qu'il considère comme caractéristique de la glyco-régulation normale et pathologique.

Cela posé, E. montre qu'il y a une différence accusée entre la glyco-régulation normale et pathologique: 1° quant à la glycémie à jeun, qui chez les sujets sains ne présente pas de baisse au cours de la période de quatre heures, tandis que dans les cas pathologiques elle présente une chute nette; 2° quant à la réaction glyco-adrénalinique, la différence entre les triangles hyperglycémiques obtenus après épreuve de l'adrénaline et après épreuve du glycose étant une valeur positive dans les cas normaux et négative dans les cas pathologiques typiques.

E. a pu, en particulier, établir que, chez les sujets normaux, après épreuve du glycose, la courbe de la glycémie s'élève rapidement jusqu'à un maximum (en moyenne à 0,15 pour 100 en trente minutes) et revient en un peu moins d'une heure à la valeur hyperglycémique de base. Jamais il n'a trouvé alors une glycémie supérieure à 0 gr. 20 pour 100, ni une durée supérieure à deux heures pour l'hyperglycémie. Il se produit toujours à la suite un stade d'hypoglycémie, mais jamais assez accusé pour provoquer des troubles cliniques. De plus, la courbe glycémique est très régulière, contrairement à ce qui se voit chez les malades.

Chez les sujets normaux, l'épreuve de l'adrénaline est suivie d'une ascension considérable de la glycémie, atteignant son maximum en un peu plus d'une heure et réalisant un triangle hyperglycémique dont l'aire dépasse de plusieurs fois celle du triangle obtenu après ingestion de glycose.

Dans tous les cas de cancer digestif, E. a trouvé des troubles de la glyco-régulation. Du côté de l'épreuve du glycose, dans les cancers primitifs du foie et du pancréas, la glycémie atteint des chiffres énormes; dans les cancers sans lésions hépatiques ou pancréatiques, la courbe présente des altérations qui sont parallèles à la toxicité de la tumeur, allant même jusqu'à une configuration inversée; dans les cas de sténose pylorique marquée sans métastase hépatique et sans lésions démontrables du pancréas, la gêne de l'évacuation gastrique peut empêcher l'ascension de la glycémie.

Dans les cas de tumeur maligne, l'épreuve de l'adrénaline a d'ordinaire un effet moins marqué que chez le sujet sain. Plus l'effet hyperglycémique de l'adrénaline est durable, et plus l'évolution est maligne.

Dans tous les cas de cancer sans sténose pylorique excessive, la différence entre le triangle de l'adrénaline et celui du glycose donna une valeur négative allant de — 7 à — 90, alors que cette valeur fut toujours positive chez les sujets sains.

Dans les cas d'ulcère gastro-duodénal, la glycorégulation se montra troublée (augmentation du triangle hyperglycémique, mais conservation de sa forme normale, sauf au cas où il existait des facteurs toxiques; effet adrénalinique meilleur que dans les tumeurs malignes sur la glycémie; différence entre le triangle de l'adrénaline et celui du glycose donnant une valeur négative dans les ulcères en activité, mais avec retour à la normale au cas d'amélioration clinique.

Au cours de ses recherches, E. s'est aperçu que l'addition de sels neutres, et en particulier de chlorure de sodium (0,9 pour 100) au réactif de Hagedorn (suspension d'hydroxyde de zinc), modifiait la coagulation par la chaleur des protéines du sang. Le pouvoir réducteur du filtrat ainsi obtenu se trouve augmenté, cet excès de réduction évalué en glycose traduisant cette altération. C'est à l'étude détaillée de ce phénomène qu'est consacrée la seconde partie de ce travail.

E. a d'abord constaté qu'avec le titre choisi de la solution saline, l'altération de la coagulation des protéines sanguines par la chaleur est négligeable chez les sujets sains, il n'y a donc qu'une très légère augmentation de l'excès de réduction (0,005 pour 100 en moyenne). Par contre, dans les cas pathologiques, cette altération est très marquée. Dans le cancer gastrique, elle est très considérable (0,086 pour 100, exceptionnellement moins de 0,035 pour 100). Par contre, dans l'ulcère gastro-duodénal, l'altération fut en moyenne de 0,016 pour 100 seulement et jamais ne dépassa 0,050 pour 100; dans les cas non compliqués elle demeura toujours au-dessous de 0,025 pour 100. Dans l'ulcère calleux, l'augmentation se montra légèrement supérieure à la moyenne; dans tous les cas de ce genre opérés, on trouva des modifications inflammatoires périphériques. Il y a donc là un moyen précieux de distinguer l'ulcère simple du cancer.

On trouve également un excès de réduction dans d'autres affections: maladies infectieuses aiguës, pneumonie, érysipèle, dans la tuberculose, la leucémie, etc. Il fait défaut, par contre, dans le diabète, les cardiopathies, les néphrites chroniques, etc.

De nombreuses observations détaillées complètent ce travail.

P.-L. Marie.

REVUE DES JOURNAUX

LYON MÉDICAL

R. Leriche, R. Fontaine et **J. Kunlin.** ***Contribution à l'étude des nerfs vaso-moteurs des coronaires*** (*Lyon Médical*, tome CL, n° 29, 17 Juillet 1932). — On discute encore sur l'innervation des vaso-constricteurs des coronaires; la plupart des physiologistes admettent que, contrairement à la règle générale, ils proviennent du pneumogastrique et non du sympathique, d'autres prétendent que les coronaires n'ont pas de vaso-moteurs. L., F. et K. se sont livrés à des expériences chez le chien, dans le but de préciser ce point de physiologie important au point de vue clinique. Après avoir introduit une canule dans la branche descendante de l'artère coronaire chez le chien endormi, ils ont pratiqué diverses excitations nerveuses.

Dans le bout périphérique de la branche descendante de la coronaire gauche, la pression normale atteint approximativement la moitié à un tiers de la tension carotidienne (elle est donc plus élevée qu'on ne l'admet couramment). L'excitation électrique du ganglion étoilé et de la branche antérieure de l'anse de Vieussens gauche provoque une augmentation de la pression coronaire périphérique, tandis que l'excitation du pneumogastrique abaisse cette pression. Les modifications sont plus longues à s'installer et moins accusées que pour la pression périphérique. Il semble donc que les vaso-moteurs coronariens se conforment aux lois générales de l'innervation vaso-motrice.

Ces conclusions ont un gros intérêt, car elles justifient les interventions chirurgicales sur le sympathique cervical au cours de l'angine de poitrine qui, en supprimant les vaso-constricteurs, favorisent le rétablissement d'une circulation suffisante. Au point de vue clinique, 60 ablations du ganglion étoilé, dont 14 bilatérales, ont pu être pratiquées sans décès et sans influence fâcheuse sur le cœur.

Robert Clément.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE L'INDOCHINE (Hanoï)

P. Moreau. ***Sur les accidents causés par la laque*** (*Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine*, tome X, n° 2, Février-Mars 1932). — 2 jeunes tirailleurs tonkinois, ayant passé une partie de la journée à calfater en plein soleil une barque avec une colle provenant de la décantation du suc de laquier, ont été pris le lendemain d'une dermatite érysipélatoïde de la face et du cou, puis d'un coma, avec délire furieux pour l'un et convulsions épileptiformes pour l'autre, complètement apyrétique, qui dura vingt-quatre heures, tandis que la lésion cutanée évolua vers la guérison en six jours. Il faut noter, au cours de ce coma, l'abolition des réflexes, l'incontinence des sphincters, une forte odeur aromatique de l'haleine rappelant celle de l'émail à froid employé pour la carrosserie automobile et surtout une mydriase intense qui persista plus d'une semaine, gênant la vue, alors que le fond d'œil était intact.

On a tendance à l'heure actuelle, à faire rentrer « l'eczéma de la laque », la maladie de la laque dans le cadre des manifestations anaphylactiques. M. pense qu'il s'agit plutôt d'accidents toxiques. L'haleine caractéristique des malades révèle une longue inhalation de vapeurs toxiques. La saignée produisit une amélioration rapide. Chez les 2 malades, on trouvait le lendemain du début de l'affection, dans le liquide céphalo-rachidien, 0 gr. 33 et 0 gr. 47 d'urée par litre et dans le sang 0 gr. 60 et 1 gr. d'urée. Il y avait une albuminurie légère avec acétonurie, grosse cystinurie, oxalurie, déchets urinaires, rétention chlorurée, hypophosphaturie, tous signes révélateurs d'une néphrite toxique, que celle-ci ait été provoquée au niveau des placards érythémateux cutanés ou par inhalation des produits volatils toxiques.

Robert Clément.

MEDIZINISCHE KLINIK (Berlin, Prague, Vienne)

G. Salus. ***Sur l'épidémiologie et la prophylaxie de la diphtérie maligne*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 15, 8 Avril 1932). — Des épidémies malignes de diphtérie ont été signalées, ces années dernières, dans presque tous les pays. Presque partout, on a insisté sur le peu d'activité du sérum contre les variétés de l'affection. Il ne semble pas qu'à l'étranger, la question de la baisse de l'activité des sérums se soit posée avec la même acuité qu'en France, mais les vieilles polémiques se sont réveillées contre le principe même de la sérothérapie, Friedberger reprenant les arguments de Kassowitz.

S. étudie les statistiques de morbidité, de mortalité et de léthalité par diphtérie à Prague, de 1910 à 1925, et il constate des variations considérables, qui rendent évidemment délicate l'interprétation thérapeutique des statistiques d'épidémiologie. Ainsi, en 1929 la morbidité en Tchéco-Slovaquie était de 11.919 pour 100.000, la léthalité de 6,9 pour 100, alors que, la même année, la morbidité était de 40,4 pour 100.000 en Yougoslavie, mais la léthalité atteignait 16,9 pour 100.

A Prague-Centre, les variations sont telles que, de 1913 à 1925, la morbidité s'abaisse de 2,71 pour 1.000 à 0,91 pour 1.000, mais la mortalité (par 1.000 habitants) s'élève de 0,0937 à 0,239, et la léthalité de 3,42 à 29,46 pour 100. Tandis que la morbidité s'abaisse de moitié, la mortalité atteint 3 fois le chiffre de 1913, et la léthalité 9 fois ce chiffre. Par contre, de 1927 à 1928, la morbidité ayant doublé, la mortalité a varié dans les mêmes proportions, et la léthalité est restée à peu près la même.

La mortalité de Prague, par la diphtérie, est d'ailleurs une des plus élevées des villes d'Europe (avec Bonn et Rouen). Elle est très supérieure à celle de l'ensemble de la Tchéco-Slovaquie.

S. discute le rôle de l'exaltation de virulence, du fléchissement de résistance du terrain, lié à des causes économiques, enfin des infections associées par streptocoques hémolytiques.

Il préconise la vaccination antidiphtérique préventive.

J. Mouzon.

H. Elias et **J. Goldstein.** ***Choc insulinique et système nerveux central (l'insuline, moyen de diagnostic des lésions en foyer dans les processus cérébro-médullaires)*** [*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 16, 15 Avril 1932). — Les phénomènes nerveux, qui accompagnent le choc hypoglycémique provoqué par l'insuline, sont de type très variable, mais généralement, chez un même sujet, ce sont toujours les mêmes qui annoncent l'accident. Or, parmi ces symptômes nerveux, il en est qui témoignent d'un trouble strictement localisé de l'encéphale, qui constituent de véritables « symptômes en foyer ». Ce sont tantôt des paralysies oculaires, tantôt des vertiges de type labyrinthique, tantôt de la dysarthrie, tantôt des troubles de la série parkinsonienne ou striée, de la choréo-athétose, du rire ou du pleurer spasmodique, où des troubles psychiques (angoisse, impulsion subite, suivies d'amnésie). Une paranoïaque réticente, dès le début du choc hypoglycémique, se mettait à exposer tout son système délirant.

E. et G. se sont demandé si cette particularité ne permettait pas d'utiliser l'insuline pour révéler certaines lésions cérébrales latentes, par exemple chez des malades atteints de tumeur cérébrale sans signe de localisation. Ils conviennent, d'ailleurs, qu'il faudrait manier avec précaution l'insuline à dose hypoglycémique chez ces malades. Ils relatent des observations d'épileptiques, d'hémiplégiques, dont le trouble s'était révélé d'une manière transitoire à la suite d'injections d'insuline. Dans un cas de tumeur de la moelle, l'injection d'insuline a provoqué une rétention d'urine, qui a cédé immédiatement à l'injection glucosée.

Après discussion de diverses hypothèses, E. et G. attribuent les « stéréotypies » nerveuses du choc hypoglycémique à des œdèmes localisés, qu'ils comparent à ce que l'on observe dans les manifestations éclamptiques des néphrites aiguës.

J. Mouzon.

N. Landau et **E. Zak.** ***Contribution à la symptomatologie de l'hypertrophie de l'oreillette gauche*** (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 16, 15 Avril 1932). — L. et Z., se référant à des travaux anatomiques de Oskar Stoerk sur les rapports étroits de l'oreillette gauche avec la bifurcation bronchique et avec la grosse bronche gauche, décrit deux nouveaux signes de la dilatation de l'oreillette gauche dans la maladie mitrale ou dans le rétrécissement mitral.

Le premier est une surélévation du larynx, que l'on apprécie de la manière suivante. On tire une ligne de la pointe de l'apophyse mastoïde à l'articulation sterno-claviculaire du même côté. On tire ensuite une horizontale qui passe par l'incisure thyroïdienne; cette deuxième ligne croise normalement la première en son milieu. Si elle la croise plus de 1 cm. au-dessus de ce milieu, on peut dire que le larynx est surélevé; si elle la croise à plus de 1 cm au-dessous, le larynx est abaissé. La position haute du larynx se rencontre chez 26,5 pour 100 des sujets sains, chez 32 pour 100 des cardiaques qui n'ont pas de signe radiologique d'hypertrophie de l'oreillette gauche, chez 82 pour 100 des sujets atteints de rétrécissement mitral avec grosse oreillette gauche visible par l'examen radioscopique (202 sujets examinés). La position haute du larynx paraît fréquente également chez les hyperthyroïdiens, malgré l'absence de l'hypertrophie auriculaire gauche (9 cas sur 15). Cette surélévation du larynx est due au soulèvement de la bifurcation trachéale par l'oreillette gauche hypertrophiée.

Le second signe consiste en une respiration saccadée, rythmée par les pulsations cardiaques, que l'on entend en auscultant le murmure vésiculaire à l'inspiration, dans l'espace interscapulo-vertébral, juste au-dessous de l'épine de l'omoplate. Ce symptôme s'entend lorsque le malade respire tranquillement et normalement. Il ne s'observe que chez des sujets atteints de rétrécissement mitral, qui ont un rythme sinusal, et qui présentent en même temps une grosse oreillette gauche avec surélévation du larynx. Il existe 14 fois sur 67 cas de rétrécissement mitral. Il est probable que la systole ventriculaire détermine un rétrécissement léger et passager de la bronche gauche, qui cesse au moment de la systole auriculaire. Cette interprétation explique que le symptôme fasse défaut dans les cas de fibrillation auriculaire.

J. Mouzon.

DEUTSCHES ARCHIV für KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

W. Heupke et **E. Hollaender.** ***L'effet des épices sur la sécrétion du suc gastrique. 2e communication*** (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, tome CLXXIII, nos 2-3, 27 Juin 1932). — H. et H. poursuivent leurs recherches relatives à l'effet des épices sur la sécrétion du suc gastrique (voir *La Presse Médicale*, n° 74, p. 178), en utilisant toujours la même méthode. L'essence de girofle à la dose de X gouttes pour 300 cmc d'eau salée n'a pas apporté de modification très significative. On remarque cependant une petite différence: 8,5 contre 9,6 centimètres carrés délimités par la courbe dressée selon les renseignements fournis par sondage fractionné.

Le fenouil lui aussi augmente la sécrétion gastrique, ce qui se marque par une augmentation de la surface de 3,4 cmq par rapport à la solution salée. L'essence de menthe n'a donné que des différences insignifiantes. Le safran, qu'on n'avait pas encore étudié jusqu'ici à ce point de vue, a donné, à la dose de 50 centigr., des résultats peu caractéristiques. Il en est de même avec la vanilline à la même dose. La canelle, également à la dose de 50 centigr., augmente l'acidité d'environ 30 pour 100 : 12,5 cmq contre 9,1. A ce propos, H. et H. font remarquer que l'erreur possible doit, dans ces expériences, atteindre 20 pour 100.

La coumarine n'a pas d'effets, tandis que le gingembre à la dose de 50 centigr. semble en avoir d'une façon assez nette: 13,9 cmq contre 10,6. Par contre, le piment également à la dose de 50 centigr. n'a pas d'effet. Le paprica qui contient de la capsicine et de la capsaïcine a été essayé à la dose de 10, 30 et 50 centigr. L'augmentation a été assez nette mais néanmoins modérée (12,6 cmq contre 9,6).

En résumé, ces travaux ont montré que l'augmentation atteint ou dépasse 30 pour 100 avec le paprica, le gingembre, l'essence de fenouil, l'essence d'anis et la canelle tandis que le piment, le safran, la coumarine, l'essence de girofle, de menthe et de cumin, le persil, la noix de muscade et la vanille se sont montrés sans effet. Ces recherches seront poursuivies pour étudier l'effet de ces épices sur la motricité gastrique.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE DER MEDIZIN (Berlin)

L. Gmelin. ***L'asthme bronchique sous le climat de la mer du Nord, en particulier chez l'enfant*** (*Fortschritte der Medizin*, tome L, n° 8, 15 Avril 1932). — L'application des nouvelles méthodes de désensibilisation spécifique ou non spécifique dans l'asthme bronchique n'a pas supplanté la cure climatique de cette affection. G., qui exerce à Wyk auf Fœhr, sur le littoral de la mer du Nord, étudie les conditions qui lui permettent d'obtenir d'intéressants résultats thérapeutiques chez les asthmatiques: la constitution du malade, la sensibilité de la muqueuse des voies respiratoires supérieures, le déclenchement de la crise elle-même subissent l'influence du climat. Le rôle du médecin est surtout de doser, selon les réactions individuelles de chaque sujet, les agents d'excitation cutanée (jeu et sport en vêtements légers, malgré le vent, les intempéries, le soleil, bains de mer), et les agents sédatifs (cures de repos en position couchée, éloignement du vent, vêtements plus chauds, réduction des exercices physiques, observation des bains). Il y a avantage à commencer la cure au printemps, car le climat d'hiver est rude, et il est difficile de s'y adapter d'emblée. Le jeu de golf est particulièrement indiqué, pour aguerrir les asthmatiques.

L'action sur les muqueuses respiratoires est due à des facteurs multiples : égalité de la température, état hygrométrique relativement élevé (gulfstream), prépondérance des vents d'ouest, teneur de l'air marin en chlorure de sodium, teneur en iode de l'air et des aliments, charge électrique négative de l'air, qui jouerait un rôle capital d'après les expériences de Dessauer; le sol sablonneux ne doit pas être non plus sans influence.

La cure climatique fait diminuer le nombre des crises, surtout chez les enfants, dont 60 pour 100 environ voient disparaître l'asthme. Certains adultes ne sont pas améliorés. Le vent d'est, — heureusement rare, — les tempêtes sont les causes de crises les plus fréquentes.

Le résultat immédiat est moins brillant qu'avec le climat de haute montagne; par contre, les résultats éloignés sont certainement meilleurs.

Chez l'adulte, les guérisons durables sont peu fréquentes. Le pourcentage de 26 pour 100, admis par Nicolas, est certainement trop élevé. Mais, pour les enfants, la statistique de G., qui porte sur 38 enfants gardés en cure pendant trois mois au moins, est encourageante.

Elle compte 39,6 pour 100 de guérisons durables, 26,2 pour 100 de grandes améliorations, et seulement 10,5 pour 100 d'insuccès complets. Ces derniers concernent presque toujours de grands enfants, voisins de la puberté. Chez les jeunes enfants, le pourcentage des très bons résultats atteint 81 pour 100, et celui des guérisons durables 50 pour 100.

La durée de la cure doit varier de trois mois à deux ans. Les enfants peuvent continuer leurs études.

Chez les adultes, il est rare de ne pas obtenir une certaine amélioration. La cure climatique doit s'associer à la gymnastique respiratoire, à la psychothérapie, et à la peptonothérapie.

J. Mouzon.

F. Bottazzi. ***La valeur alimentaire et thérapeutique des citrons*** (*Fortschritte der Medizin*, tome L. n° 8, 15 Avril 1932). — Malgré leur faible valeur comme aliment calorique et plastique, le citron, comme l'orange et, à un moindre degré, la mandarine, présente un grand intérêt dans le régime des sujets bien portants et des malades. Tout d'abord son acidité agréable flatte le goût et provoque la sécrétion des sucs digestifs. De plus, sa richesse en bases, combinées avec des acides organiques qui sont brûlés dans l'organisme, lui permet de relever la réserve alcaline du sang. Enfin la richese en vitamines est considérable, et s'élèverait, pour Shermann, par livre anglaise, à 50 unités de vitamine A, 150 unités de vitamine B, et de 150 à 300 unités de vitamine C. On trouvera, dans cet article, les dosages détaillés de Villavecchia, de Shermann, de Cartey et Rossi, de Berg et Vogel.

La cure de citron (5 à 10 citrons par jour), ou même le simple jus de citron, utilisé comme boisson dans l'eau sucrée, est d'une efficacité incontestable dans la goutte. Le mécanisme de cette action est d'ailleurs mal déterminé : est-ce l'alcalinisation et l'élévation du taux des bicarbonates du sang, qui agit? ou l'acide citrique favorise-t-il la dissolution et l'élimination des urates?

J. Mouzon.

ZENTRALBLATT für INNERE MEDIZIN (Leipzig)

D. Adlersberg. ***Doit-on donner peu ou beaucoup de graisses aux diabétiques?*** (*Zentralblatt für innere Medizin*, tome LIII, nos 14 et 15, 2 et 9 Avril 1932). — On sait que Petrén, Newburgh et Marsh ont nourri d'une façon durable des diabétiques presque exclusivement avec des graisses, même lors du coma. Mais dans ces dernières années de nombreuses critiques ont été adressées aux régimes gras.

A. examine d'abord les avantages du régime riche en graisses. Tel qu'il est prescrit par Petréen, il augmente bien la tolérance aux hydrates de carbone, mais cette tolérance plus grande semble due surtout à la sous-alimentation chronique réalisée par ce régime, et non à la réduction des hydrates de carbone et des protéines.

Les objections qu'on peut faire aux régimes trop gras, qui sont si communément employés chez les diabétiques, ne manquent pas. D'abord, un régime très pauvre en hydrates de carbone exerce une influence défavorable sur la tolérance hydrocarbonée chez les sujets sains et se montre plutôt diabétigène. On peut même se demander si la tendance à l'aggravation progressive du diabète n'est pas liée à l'alimentation pauvre en hydrates de carbone et riche en graisses, suivie pendant des années. D'autre part, la surabondance des graisses dans la ration des sujets normaux diminue dans certaines conditions la tolérance hydrocarbonée. Divers expérimentateurs et cliniciens (Allen, Holtz) ont observé des faits qui plaident contre l'innocuité du régime riche en graisses chez le sujet normal et le diabétique. Si l'on donne au diabétique un régime gras couvrant ses besoins normaux en calories, on voit avec le temps la glycosurie et l'acétonurie s'élever. Même un échange équicalorique de graisses contre des hydrates de carbone suffit à faire baisser la tolérance (Porges et A.). La morbidité diabétique est bien moindre aux Indes anglaises dans les classes pauvres vivant de riz que dans les castes élevées qui consomment beaucoup plus de corps gras.

Puisqu'il faut tenir compte de ces critiques adressées au régime riche en graisses et réduire en conséquence celles-ci dans l'alimentation des diabétiques, on est amené à augmenter les protéines ou les hydrocarbonés. Mais on ne peut le faire, en l'absence d'insuline, sans inconvénients pour les malades, si l'on ne prend pas certaines précautions. Aussi, A. indique-t-il divers types de régime pauvre en graisse qui permettent de surmonter les difficultés: régime sans insuline riche en protéines pour la cure d'amaigrissement des diabétiques obèses, contre-indiqué chez les scléreux rénaux et les goutteux, mais utilisable chez les hypertendus; régime convenablement balancé en protéines et en hydrocarbonés à teneur normale en calories approprié aux cas de diabète bénin se trouvant dans un état de nutrition sensiblement normal; régime riche en hydrocarbonés avec insuline convenant aux cas de diabètes sévères et de gravité moyenne où la forte glycosurie et les risques d'acidose contre-indiquent un régime riche en protéines; régime hypercalorique avec insuline pour le traitement des diabétiques sous-alimentés très amaigris et du diabète compliqué de tuberculose. A propos de chacun de ces régimes, A. précise les détails de son application, expose les résultats obtenus et les échecs, explique le mécanisme de son action, indiquant ses avantages et ses inconvénients et faisant profiter le lecteur de sa grande expérience.

En somme, l'avantage du régime pauvre en graisses réside dans l'amélioration considérable de la situation du métabolisme qu'éprouvent la plupart des diabétiques. Leur meilleure tolérance permet dans les cas bénins de leur donner de plus grandes quantités d'hydrates de carbone ou de protéines sans avoir à faire d'insuline, et même dans les cas favorables de passer finalement à un régime mixte; dans les cas plus graves de pouvoir prescrire une alimentation se rapprochant de la normale tout en injectant des quantités relativement faibles d'insuline. Avec les régimes en usage jusque-là il était impossible d'obtenir de pareilles augmentations de la tolérance, ainsi qu'A. a pu s'en rendre

compte au cours de nombreux essais comparatifs.

Ces nouveaux régimes pauvres en graisses se rapprochent par certains côtés des cures d'avoine de von Noorden et des cures de farineux de Falta, mais ils sont bien plus agréables à suivre.

Leurs détracteurs se sont contentés de produire des arguments théoriques, mais tous ceux qui les ont essayés sur les diabétiques, les Américains en particulier, en vantent les bons résultats.

P.-L. Marie.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE

(Leipzig)

Ernst Mayer (Francfort-sur-le-Mein). ***La mesure de la température de la peau pendant la narcose et sa valeur pour le pronostic*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome CCXXXVI, n° 2, Mai 1932). — Les travaux de Leriche sur les résultats de la *sympathectomie* ont incité *Ipsen* à étudier la physiologie des artères des membres, au moyen de la mensuration de la température de la peau.

M. a pensé que cette mesure de la température cutanée au niveau des membres, faite pendant l'anesthésie générale, devait fournir des renseignements utiles permettant d'établir un pronostic des suites opératoires. Les recherches de M. ont porté sur les variations de la température enregistrées par un thermomètre à mercure appliqué contre la plante du pied par une pièce de feutre des dimensions de 4 cm. sur 5 cm. Ce thermomètre peut être remplacé par une résistance reliée par deux fils à un *pont de Wheatstone* muni d'une règle graduée. L'appareil quel qu'il soit doit être appliqué contre la plante du pied dix minutes avant le début de l'anesthésie. Toutes les cinq minutes, on relève la température marquée et on l'inscrit sur une courbe. M. a observé qu'au début de l'anesthésie, au niveau de la plante du pied, il y a une chute de la température cutanée qui peut aller jusqu'à 26°, mais qui habituellement ne tombe pas au-dessous de 32°.

Les recherches de M. ont porté sur 201 anesthésies générales, chez des sujets dont l'âge oscillait entre 6 ans et 74 ans; les interventions chirurgicales ont été des plus variées depuis la simple cure de hernie jusqu'à l'amputation du rectum.

Avec l'anesthésie générale au mélange éther-oxygène-chloroforme, l'élévation de la température cutanée est de 5° en moyenne.

Avec l'anesthésie générale avec l'avertine et adjonction de protoxyde d'azote, l'élévation de la température cutanée est encore en moyenne de 5°, mais il est à noter que cette élévation se produit beaucoup plus vite qu'avec le mélange éther-oxygène-chloroforme.

Avec l'anesthésie rachidienne, l'élévation de la température périphérique est moins considérable, mais cette élévation commence au moment même où la solution anesthésiante pénètre dans le canal rachidien.

Avec l'anesthésie locale, il n'y a habituellement pas de modifications de la température périphérique; cependant, dans certains cas, M. a observé des variations entre 4 et 6°.

Cette élévation de température périphérique est manifestement due à une vaso-dilatation active des vaisseaux périphériques. M. considère que cette vaso-dilatation justifie un bon pronostic post-opératoire et cela d'autant plus que sa date d'apparition est précoce.

L'absence de modification thermique au moment de l'anesthésie cutanée comporte un mauvais pronostic (*phénomène narcotique négatif d'Ipsen*).

P. Wilmoth.

ARCHIV FUR GYNÆKOLOGIE

(Berlin)

Heinrich Eufinger. ***La viscosité des leucocytes comme signe clinique et son importance pour des problèmes gynécologiques*** (*Archiv für Gynækologie*, tome CXLIX, n° 3, 1932). — Les auteurs anglo-américains ont été les premiers à étudier la propriété des leucocytes vivants de rester adhérents à des objets solides. La viscosité est une propriété physique du plasma leucocytaire vivant; chez des individus sains, on obtient toujours, à peu près, les mêmes chiffres.

a) *Cycle menstruel.* — Viscosité abaissée peu avant le début des règles, atteint son maximum pendant les règles, reste basse après la menstruation, puis redevient normale dans la période intermenstruelle. Ces modifications dans la viscosité leucocytaire sont dues aux changements de la résistance leucocytaire. La valeur fonctionnelle des leucocytes suit les oscillations auxquelles est sujet l'organisme de la femme pendant le cycle menstruel, à la suite de modifications de l'activité des glandes à sécrétion interne; on constate que la valeur fonctionnelle des leucocytes atteint son point le plus bas, juste avant et après les règles, coïncidant avec le minimum de viscosité. Cette constatation a été confirmée par la clinique.

b) *La grossesse.* — Au fur et à mesure que la grossesse avance, jusqu'au début des douleurs, il y a une augmentation progressive de la viscosité leucocytaire. A partir de l'accouchement, la viscosité baisse rapidement pour atteindre, à la troisième semaine des suites de couches, un chiffre très rapproché de celui de la femme non enceinte et bien portante. Au contraire, le sang de la veine ombilicale montre une viscosité très basse. On n'a pu constater de rapport entre la viscosité leucocytaire d'une part et la formule leucocytaire ou le temps de sédimentation des globules rouges, d'autre part. Au contraire, on a pu nettement démontrer des rapports entre la viscosité et le temps de coagulation: *grande viscosité = petit temps de coagulation et inversement.* E. suppose du fait de cette coïncidence entre diminution du temps de coagulation, et augmentation de la viscosité, qu'il y a là un facteur étiologique expliquant la fréquence des *thromboses dans les suites de couches.*

c) *Le cancer de l'utérus.* — On distingue ici quatre stades : 1° stade initial avec une viscosité à peine élevée; 2° période d'état dans laquelle on a toujours trouvé une augmentation de la viscosité; 3° période d'envahissement (infiltration) où la viscosité augmente encore plus, mais est sujette à de très fortes oscillations journalières; 4° période finale où l'on constate une chute brusque de la courbe.

On en conclut que, tant que l'organisme peut encore produire assez de substances défensives (stade 1, 2, 3), la viscosité va en augmentant; mais dès que l'organisme n'en est plus capable, la viscosité baisse bien au-dessous de la normale. Il semble que les déchets albumineux existant en grande quantité vers la fin soient un agent directement nocif pour les leucocytes. Il n'y a là encore aucun parallélisme entre la viscosité et les modifications dans la formule sanguine.

Après les interventions chirurgicales, on constate régulièrement une augmentation de la viscosité; le traitement par rayons ou radium donne toujours des modifications de la viscosité, mais pas toujours dans le même sens (le plus souvent diminution). De toute façon, les rayons augmentent l'agglutination des leucocytes.

d) *Affections inflammatoires.* — Viscosité augmentée, augmentant parallèlement avec la fièvre, diminuant dans la convalescence pour atteindre la normale et même au-dessous. En examinant le sang, peu après un accès de frissons, on a trouvé une augmentation de l'agglutination, comme dans le cancer après traitement par rayons. On suppose que l'envahissement de l'organisme par des bacilles et des toxines augmente également le pouvoir agglutinant des leucocytes. Aucun rapport avec la formule leucocytaire, mais des rapports intéressants avec le temps de sédimentation: parallélisme pendant la période d'état et, à la convalescence, divergence se traduisant par une viscosité normale ou même abaissée et un temps d'abaissement encore accéléré. Une autre divergence très suggestive s'observe dans les annexites chroniques sans température trop élevée: dans les cas où l'abaissement était normal, la viscosité présentait des modifications qui paraissent traduire plus sensiblement et plus précocement que la formule leucocytaire ou le temps de sédimentation les préparatifs de défense de l'organisme. Dans des cas, où on faisait au hasard un examen du sang, quelques jours avant une ascension de température, on trouvait une viscosité fortement augmentée, pendant que le nombre leucocytaire et le temps de sédimentation étaient trouvés normaux. E. suppose que cette constatation amènera une amélioration de nos moyens de pronostic et pourra être utilisée pour l'indication opératoire.

H. Vignes.

ARCHIV für HYGIENE UND BAKTERIOLOGIE

(Munich et Berlin)

M. Gundel et **O. Schäfer.** ***Sur l'apparition et sur la pathogénie des épidémies de pneumonie*** (*Archiv für Hygiene und Bakteriologie*, tome CVIII, n° 2, Mai 1932). — Des recherches expérimentales poursuivies ces dernières années sur l'étiologie et sur la pathogénie des pneumonies, et plus particulièrement des pneumonies lobaires, il résulte que celles-ci doivent être considérées non seulement comme d'origine endogène, mais souvent aussi comme d'origine exogène.

A l'appui de cette thèse, les auteurs rapportent d'une part, de nombreuses épidémies et endémies de pneumonies observées au cours des siècles passés, et, plus près de nous, des épidémies de famille, des épidémies de village, pour lesquelles la contamination d'homme à homme est fort vraisemblable, et d'autre part, fait plus probant, une double contamination de laboratoire, avec isolement du pneumocoque en cause, tant dans les crachats que dans l'exsudat pulmonaire des sujets accidentellement contaminés.

La diminution des épidémies de pneumonies, observée de nos jours, serait la conséquence d'une amélioration de nos conditions sanitaires. L'application des mesures prophylactiques que comporte toute affection d'origine exogène rendrait cette diminution encore plus sensible.

M. Romme.

ENDOKRINOLOGIE

Erhard Glaser et **Oskar Haempel.** ***Notre épreuve sur poissons comme méthode de standardisation de l'hormone sexuelle mâle*** (*Endokrinologie*, tome XI, n° 2, Août 1932). — G. et H. font d'abord la critique des diverses méthodes actuellement utilisées pour standardiser l'hormone sexuelle mâle. Ils remarquent que quelques-unes d'entre elles exigent trop de temps ou manquent de précision. Ainsi les dimensions de la crête, qui sont très utilisées, sont toujours moindres chez les coqs jeunes que chez les autres. Il y a là une source d'inexactitudes difficile à surmonter.

G. et H. ont donc été amenés à chercher un nouveau test et à s'adresser pour cela à la bouvière (Bitterling= Rhodeus amarus). L'hormone mâle fait apparaître chez des animaux castrés la

parure de noce qui persiste pendant quatre ou cinq heures. Avec des soins, la castration réussit dans près de 80 pour 100 des cas, surtout en automne et en hiver. L'injection constitue, il est vrai, une intervention assez importante chez d'aussi petits animaux. Ils en souffrent manifestement.

Il a été constaté ainsi que chez les bouvières mâles castrées ou non, la yohimbine, l'hormone sexuelle et le pituisan provoquent normalement l'apparition de la robe de noce. L'adrénaline, pendant la durée de son action qui est d'environ vingt-quatre heures, empêche de se produire les effets de l'hormone sexuelle et de la yohimbine. Au bout de vingt-quatre heures, quand l'adrénaline a cessé d'agir, on constate que la yohimbine fait apparaître la robe de noce, ce qui distingue cet alcaloïde de l'hormone sexuelle qui se trouve ainsi bien caractérisée.

Le phénomène de rut provoqué par l'hormone sexuelle consiste en une coloration rouge des nageoires anales et de l'extrémité antérieure de la nageoire dorsale avec coloration foncée du dos, pigmentation des nageoires dorsales et reflets rouges du ventre et des flancs.

Quand on dépasse une certaine concentration, l'animal meurt. Mais cette dose léthale est très différente de celle qui suscite l'apparition de la robe de noce. G. et H. ont essayé de déterminer la dose léthale en fonction de la richesse en unités-poissons ou de préparations hormonales extraites de l'urine. Ils ont constaté que dans certaines préparations huileuses, la proportion de substance toxique était importante, tandis que dans les préparations aqueuses, elle était beaucoup moindre. D'autre part, une unité-crête d'une préparation Schering correspond à 3 unités-poissons, tandis qu'une unité-crête Sanabo correspond à 10 unités-poissons.

P.-E. Morhardt.

ZEITSCHRIFT für TUBERKULOSE (Leipzig)

Kayser-Petersen. ***Les conséquences médico-sociales de la tuberculose du vieillard*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXV, n° 1, 1932). — Malgré l'importance capitale de la tuberculose du vieillard, les notions que nous avons d'elle sont encore très imprécises. Elle échappe, en effet, le plus souvent au dépistage, et n'est reconnue que grâce aux statistiques d'autopsie; il semble que la mortalité par tuberculose soit plus fréquente actuellement chez les sujets de 60 à 70 ans qu'auparavant. Les recherches de Herold et de quelques autres ont montré chez 190 sujets âgés de plus de 60 ans une proportion de 4,2 pour 100 présentant des lésions de tuberculose ouverte. On conçoit les difficultés de toutes sortes auxquelles se heurte le dépistage de ces cas, du fait des manifestations cliniques torpides (emphysème, bronchite chronique), et pourtant ces sujets crachent des bacilles en abondance et déchaînent autour d'eux de véritables catastrophes. On devra appliquer à tous les vieux tousseurs toute la série des examens radiologiques et bacilloscopiques usuels, et, à l'occasion de chaque cas de tuberculose infantile, tâcher de remonter à la source de contagion qui se trouvera souvent être le grand-père ou la grand'mère. On dépistera également de nombreux cracheurs de bacilles dans les asiles d'aliénés et dans les hospices de vieillards.

G. Basch.

Rother. ***Diagnostic radiologique de la tuberculose intestinale*** (*Zeitschrift für Tuberkulose*, tome LXV, n° 1, 1932). — R., radiologiste d'un sanatorium antituberculeux, a examiné systématiquement à ce point de vue 150 sujets: il a utilisé la méthode du lavement opaque, lui-même administré après préparation soigneuse du sujet (diète liquide depuis la veille et deux lavements évacuateurs avant l'examen). Le lavement opaque est injecté lentement sous le contrôle de l'écran, ce qui permet de noter le mode de remplissage de l'intestin; le remplissage du cæcum est difficile à obtenir de façon parfaite. Enfin, des radiographies sont prises à intervalles variables. Les différents aspects de la tuberculose intestinale sont les suivants : œdèmes de la muqueuse, ulcères, plus rarement on observe des rétrécissements peu étendus du gros intestin, souvent difficiles à différencier des néoplasmes et s'accompagnant comme eux d'une dilatation sus-stricturale; il est fréquent de noter une infiltration de la valvule iléo-cæcale. La tuberculose du grêle est moins caractéristique: on observe des variations dans la rapidité de l'évacuation, mais surtout des images de sténose avec dilatation sus-stricturale; parfois des pertes de substance.

Ces généralités s'appuient sur des observations et surtout sur de belles planches radiologiques dont des pièces nécropsiques vérifient les conclusions.

G. Basch.

ZENTRALBLATT für GYNAKOLOGIE (Leipzig)

Fritz Bachner (Prague). ***Faut-il pratiquer l'avortement dans la maladie d'Addison ?*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, tome LVI, n° 17, 23 Avril 1932). — Chez une femme de 32 ans, apparurent au troisième mois d'une deuxième grossesse des signes de la maladie d'Addison: inappétence complète, vomissements fréquents, teinte bronzée de la peau et des muqueuses. Amaigrissement de 20 kilogr. Après une pénible grossesse, naquit sans difficultés un enfant normal.

La maladie d'Addison paraît avoir évolué lentement puisque le traitement ne fut institué que huit mois après l'accouchement. Sous l'influence des extraits de cortico-surrénale, l'amélioration fut telle que la malade put reprendre une vie normale. On cessa même la médication opothérapique, mais elle dut être reprise à la suite d'une rechute grave. A ce moment, la malade n'ayant plus ses règles depuis deux mois, on rechercha par les méthodes de diagnostic biologique couramment employées si la malade était enceinte. Le résultat fut positif. L'avortement fut décidé et pratiqué. Peu après l'avortement, l'état général s'améliora, les vomissements cessèrent, le pouls redevint bon; la reprise du poids fut rapide, etc.

Ainsi se trouve affirmée une fois de plus l'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose des glandes surrénales. Aujourd'hui où l'on a, grâce aux extraits de cortico-surrénale, une arme efficace contre la maladie d'Addison, on n'a plus le droit de sacrifier la mère pour conserver l'enfant comme on le faisait autrefois. L'avortement aussi précoce que possible doit être la règle.

Desmarest.

Alfred Loeser (Berlin). ***La peau, porteur d'hormone, au cours de la grossesse*** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, tome LVI, n° 19, 7 Mai 1932). — On s'est attaché dans l'étude des glandes à sécrétion interne à déterminer dans l'urine de l'homme et de la femme la quantité de substance active du lobe antérieur de l'hypophyse éliminée journellement. On sait combien est considérable la teneur du sang de la femme enceinte en hormone, mais on n'avait jamais essayé d'établir cette même teneur pour le revêtement cutané.

Si Heine, à l'aide d'un emplâtre vésicant, a pu déceler dans le liquide des vésicules de la peau la présence d'une hormone du lobe antérieur de l'hypophyse, à dire vrai on est en droit d'objecter que le liquide des vésicules cutanées avait une très grosse analogie avec le sérum sanguin, et que la valeur de cette recherche s'en trouve diminuée. Aussi, L. a-t-il préféré étudier dans des lambeaux de peau sains réséqués sur des femmes enceintes au cours de certaines opérations leur teneur essentielle en hormone.

Débarrassée de toute la graisse qui la doublait, la peau fut soumise à des pressions permettant d'obtenir un extrait aqueux qui fut immédiatement injecté à des rats impubères. Après quelques recherches infructueuses, L. réséqua une quantité plus considérable de peau. Finalement la présence de follicules à l'état de maturité dans les ovaires et même dans 4 cas des corps jaunes put être reconnue au microscope.

Des 14 expériences de L., on peut tirer cette conclusion que chez la femme enceinte la peau paraît contenir d'autant plus d'hormone que la grossesse est moins avancée.

Avec la peau de femme non gravide, le résultat fut toujours négatif. Il le fut également avec de la peau prélevée huit jours après un avortement.

L. signale la nécessité d'employer des rats impubères; les souris réclament, en effet, une quantité plus considérable de peau pour obtenir un résultat positif.

La pigmentation ne paraît avoir aucun rapport avec la quantité d'hormone contenue dans le revêtement cutané.

L. pose sans la résoudre la question suivante: si la peau contient de la substance active du lobe antérieur de l'hypophyse, ne peut-on pas par une cuti ou quelque autre réaction mettre en évidence la présence de l'hormone, et diagnostiquer la grossesse ? Des recherches sont en cours.

Desmarest.

BRASIL MEDICO (Rio-de-Janeiro)

A. da Matta. ***Le « cauxi », épidermite érythémateuse causée par un spongiaire d'eau douce*** (*Brasil Medico*, tome XLVI, n° 19, 7 Mai 1932). — A la liste des dermatites artificielles de cause externe de Gougerot, M. ajoute une forme nouvelle, dont il apporte une observation. Dans l'eau, le sujet est frappé d'un prurit intense, généralisé, qui cède aux applications d'huile mentholée.

L'agent du « Cauxi » est un cœlentéré, un spongiaire de grande vitalité, qui sécrète une substance irritante. Cette dernière est susceptible d'occasionner des épidermites ou des entérites si l'eau contaminée est ingérée.

G. d'Heucqueville.

D. de Oliveira. ***Les facteurs de la réserve alcaline sous les climats tropicaux*** (*Brasil Medico*, tome XLVI, n° 22, 22 Mai 1932). — O. rappelle tout d'abord les facteurs qui conditionnent la réserve alcaline: *pH sanguin*, influencé par le taux des albumines, des phosphates, des chlorures; *facteur pulmonaire* (composition de l'air alvéolaire); *facteur rénal* (élimination de l'ammoniaque).

Sous les tropiques, l'on avait observé la tendance à la rétention azotée et chlorurée. O. a mesuré des réserves alcalines à des températures ambiantes croissantes. Les chiffres obtenus diffèrent assez de ceux des autres auteurs pour qu'il puisse incriminer ce facteur thermique.

G. d'Heucqueville.

F. A. de Moura Campos et **J. R. do Valle.** ***Contribution à l'étude de la catatonie expérimentale provoquée par le fava tonka*** (*Brasil Medico*, tome XLVI, n° 25, 18 Juin 1932). — A la suite de de Jang, Baruk, G. W. Henry, M.-C. et V. se sont attachés à obtenir la catatonie expérimentale chez les vertébrés inférieurs.

Ils ont eu recours à la « cumarine », principe ternaire actif de la « fava tonka », qu'on peut pré-

parer par synthèse à partir de l'aldéhyde salicylique.

Chez les batraciens et autres vertébrés sans néocortex, l'action toxique s'est traduite d'abord par un état cataleptique plus ou moins complet, puis, au terme de l'imprégnation, par des convulsions médullaires du type strychnique.

Le pigeon a réalisé le syndrome catatonique presque intégral : perte de l'initiative motrice, catalepsie, perturbations végétatives. Mais M. et V. n'ont pu obtenir le symptôme capital *négalivisme*.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (Chicago)

L. Bloch, I. Bronstein et **A. Serby.** ***Les ulcères gastro-duodénaux chez l'enfant*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 25, 18 Juin 1932). — Les ulcères gastro-duodénaux sont extrêmement rares dans l'enfance, puisque la statistique de la clinique Mayo n'en contient que deux cas sur plus de 8.000 observations d'ulcères. Cependant l'étude des commémoratifs permet souvent chez les malades atteints d'ulcères gastro-duodénaux de faire remonter le début de leur affection à la seconde décade de la vie : il est donc probable que la fréquence des ulcères entre 10 et 20 ans est beaucoup plus forte que ce que pourraient faire croire les statistiques.

La symptomatologie de l'ulcère infantile est très différente du tableau classique : le symptôme essentiel étant une souffrance abdominale continue ou des crampes plusieurs fois par jour. C'est la radiologie qui permet de faire le diagnostic, et distingue cette affectation du mégaduodénum par compression mésentérique.

R. Rivoire.

W. Brody et **W. Crocker.** ***L'immunotransfusion spécifique dans le traitement des septicémies : une observation*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 25, 18 Juin 1932). — B. et C. ont obtenu la guérison d'une septicémie à streptocoque hémolytique chez un enfant à l'aide d'immuno-transfusion : le sang fut prélevé sur un donneur fortement immunisé par les doses énormes d'auto-vaccin, pendant cinq semaines. Avant cette immuno-transfusion, le malade avait reçu les thérapeutiques les plus variées, y compris des transfusions banales, sans aucun résultat : au contraire, l'injection de 150 cmc de sang du sujet immunisé détermina en vingt-quatre heures le retour à la normale de la température, la disparition du streptocoque du sang, et la guérison complète.

Trois semaines après l'immuno-transfusion, l'enfant fit une petite infection respiratoire accompagnée de lymphocytose sanguine considérable : sans doute s'agissait-il d'une angine à monocytes, sans rapport avec l'injection de sang immunisé.

R. Rivoire.

H. Barker. ***L'influence sur l'œdème de l'absorption d'une proportion faible de sodium et d'une forte proportion de potassium : observations cliniques*** (*The Journal of the American medical association*, tome XCVIII, n° 25, 18 Juin 1932). — B., par une série d'expériences sur des chiens dont le taux de protéinémie avait été artificiellement abaissé, avait démontré antérieurement que l'absorption de sodium déterminait l'œdème, l'absorption de potassium la diurèse. De ces expériences, il déduisit un essai thérapeutique : un régime contenant une faible proportion de sodium et une forte proportion de potassium fut administré à des malades œdémateux (néphrose-cardiopathies), ainsi qu'une dose journalière moyenne de 5 gr. de chlorure de potassium utilisée comme condiment. L'action diurétique de ce régime fut presque toujours remarquable, en particulier chez les asystoliques qui purent ainsi être débarrassés entièrement de leurs œdèmes sans utiliser de tonicardiaques. Aucun symptôme d'intoxication ne fut observé malgré l'emploi prolongé de ces fortes doses de sels de potasse.

R. Rivoire.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

D. Lewis. ***L'intoxication saturnine comme cause de l'ulcère digestif*** (*British medical Journal*, n° 3708, 30 Janvier 1932). — L'étiologie des ulcères digestifs est mal connue. Plusieurs auteurs ont déjà attiré l'attention sur la possibilité d'ulcères d'estomac et du duodénum dans l'intoxication saturnine. Le plomb est éliminé en grande partie par le foie et le duodénum est plus exposé que le reste de l'intestin à ses effets toxiques. Jores, en 1902, produisit, chez le chien, des ulcères gastro-duodénaux par l'ingestion de plomb.

L., sur 100 ouvriers travaillant dans une usine traitant le minerai de plomb, trouva 12 cas d'ulcères d'estomac, vérifiés par la radiographie, chez des ouvriers de 30 à 60 ans. Cinq cas furent des ulcères perforés et l'autopsie de trois d'entre eux permit de trouver du plomb dans le foie, le cerveau et les reins. Il est à remarquer que ces malades n'avaient pas les signes classiques de l'intoxication saturnine et que seule la présence de plomb dans les urines permettait de déceler le plombisme.

Langdon Brown. ***Les glandes endocrines et quelques psychonévroses associées*** (*British medical Journal*, n° 3709, 6 Février 1932). — Les glandes endocrines sont la survivance d'organismes existant avant le complet développement du système nerveux central. Quand celui-ci est complètement développé, il entre en relation avec les glandes endocrines par l'intermédiaire du système nerveux viscéral. Le système nerveux viscéral se compose du sympathique et du parasympathique. Chacun de ces nerfs est en union étroite avec un système de glandes endocrines.

Au sympathique, sont associés la thyroïde, la pituitaire et les capsules surrénales. Au parasympathique est associé le pancréas. Les parathyroïdes coopèrent avec la sécrétion interne du pancréas, mais il n'est pas évident que le vague les contrôle. Les glandes sexuelles font partie du groupe du sympathique. La glande pinéale et le thymus ne sont pas de vraies glandes endocrines, elles n'ont pas de sécrétion interne. Cependant, elles semblent avoir une action sur la maturité sexuelle.

Les expressions émotionnelles prennent naissance dans le diencéphale. Cliniquement, on en veut pour preuve le grand nombre d'expressions émotionnelles dans l'encéphalite léthargique. Or, le diencéphale est considéré comme le début de la chaîne ganglionnaire du système sympathique. Cela rend compréhensible les liens intimes qui existent entre les émotions et les glandes endocrines.

André Plichet.

Léonard Rogers et **Cooke.** ***Un cas d'anémie consécutif à la sprue ayant cédé à l'injection intraveineuse d'extrait de foie*** (*British medical Journal*, n° 3710, 13 Février 1932). — Un Européen, âgé de 47 ans, contracta en 1923 une sprue compliquée bientôt d'une anémie sévère. Il subit différents traitements : novarsénobenzol, transfusions, extrait de foie par la bouche à dose élevée. En 1931, il entra de nouveau à l'hôpital avec de la diarrhée, une anémie à mégalocytes, un chiffre de globules rouges au-dessous de 2 millions, 40 pour 100 d'hémoglobine. On fit une transfusion qui amena une hémoglobinurie et un ictère. Le chiffre des globules rouges tomba à un million.

On essaya alors des injections intraveineuses d'un extrait de foie récemment découvert par Minot et commercialisé sous le nom d'Hépatrex. Cette nouvelle préparation qui, sous 5 cmc, est l'équivalent de 100 gr. de foie frais, fut injectée le premier jour à la dose de 2 cmc, puis les autres jours à la dose de 5 cmc. Dès le troisième jour, le malade se trouva mieux. Mais le quatrième jour, le malade fut pris de vomissements, et le cinquième jour d'une douleur aiguë dans l'hypocondre droit. On constata une augmentation du volume du foie. Le septième jour, on cessa les injections intraveineuses et les douleurs hépatiques disparurent. Le neuvième jour, on reprit les injections, mais on les fit cette fois intramusculaires, ce qui n'amena aucun trouble. Pendant ce temps, le nombre des globules augmentait. Parti de 1 million, le cinquième jour on trouvait 1.800.000, le quinzième jour 2.660.000, le vingt-septième jour, 3.600.000. Sept semaines après, le malade sortait de l'hôpital avec 5 millions de globules. Deux mois après, l'amélioration se maintenait.

André Plichet.

Billig, West-Watson et **Young.** ***Le traitement de l'anémie pernicieuse par les injections intraveineuses d'extrait de foie*** (*British medical Journal*, n° 3710, 13 Février 1932). — B., W. et Y. rapportent deux cas d'anémie pernicieuse qu'ils ont traitée par des injections intraveineuses d'extrait de foie (Hepatrex).

Dans le premier cas, malgré l'administration quotidienne de 40 gr. d'estomac de porc, le chiffre des globules rouges était tombé à 700.000 et le taux de l'hémoglobine à 20 pour 100. Au bout de 10 injections intraveineuses, d'hépatrex, le nombre s'élevait à 1.750.000. On fit ensuite pendant 15 jours des injections intramusculaires d'hépatrex ; le nombre des globules rouges passa alors à 3.800.000. Ensuite, on reprit le traitement par la voie gastrique.

Le deuxième cas est une anémie qui durait depuis plus de trois ans avec hépatomégalie, splénomégalie et fièvre. Au bout de 10 injections intraveineuses d'hépatrex de 5 cmc, les globules rouges passèrent de 700.000 à 2.210.000. Après quoi, on donna le même extrait de foie par la bouche. Deux mois après le commencement du traitement, la malade sortait de l'hôpital, guérie.

André Plichet.

Davidson. ***L'extrait de foie en injection intramusculaire dans le traitement de l'anémie pernicieuse*** (*British medical Journal*, n° 3710, 13 Février 1932). — On était arrêté jusqu'alors par le fait que les extraits de foie en injection parentérale déterminaient des phénomènes anaphylactiques dangereux et une chute de la pression artérielle.

En 1930, Cohn, Minot, West et Howe sont arrivés à purifier suffisamment leur extrait de foie pour permettre l'injection intraveineuse ou intramusculaire. En injectant lentement, on pouvait parer à la baisse de la pression artérielle et les phénomènes anaphylactiques pouvaient être jugulés par une injection de 1/2 milligr. de chlorhydrate d'adrénaline au millième. Le principe actif est probablement un dipeptide de l'acide β hydroxyglutanique et γ hydroxyproline. Mais cet extrait n'a pas encore franchi le stade expérimental. Par contre, celui de Gänsslen (de Tubingen) semble avoir fait ses preuves, et, sous le nom de « Campolon », on le trouve dans le commerce.

Ce traitement par injection est particulièrement indiqué dans les cas de nausée et de vomissements ne permettant pas une thérapeutique par voie buccale. Quand le chiffre des globules est

descendu au-dessous du million, une transfusion, faite avec le plus grand soin, à des anémiques avec mauvais état général et lièvre, peut déterminer un choc mortel non par hémolyse, mais par auto- agglutination des globules. L'injection d'extrait de foie semble être plus indiquée dans ces cas. De plus, les extraits de foie injectés de cette façon permettent de continuer longtemps un traitement et dispensent de l'absorption de deux livres de foie par semaine pendant des mois nécessaires pour retrouver un chiffre normal de globules. Enfin, ils réduisent bien souvent ces cas d'anémie soi-disant résistants à l'hépatothérapie et ainsi peuvent servir au diagnostic différentiel.

Gansslen recommande d'injecter chaque jour une ampoule de Campolon de 2 cmc pendant 5 à 8 semaines jusqu'à ce que le chiffre de globules soit redevenu normal. Puis on passe à une dose d'entretien de 6 cmc tous les 15 jours. On peut sans inconvénient injecter de plus grosses doses, 10 à 20 cmc en 24 heures, il n'y a pas de réaction locale ni générale. Il est à remarquer que les effets du traitement sont plus tardifs chez les sujets âgés, les anémiques de longue date. L'ampoule de 2 cmc contient le principe actif de 5 gr. de foie cru. L'injection intramusculaire de ce principe actif apparaît comme cent fois supérieure à l'administration par la bouche de cet extrait de foie qui est en partie détruit par les agents enzymiques et microbiens.

André Plichet.

H. Moore. ***Etude clinique de l'achlorhydrie*** (*British medical Journal*, n° 3712, 27 Février 1932). — Depuis plus de 10 ans M. s'occupe de cette question. Par le moyen de repas fractionnés et au besoin par l'injection d'histamine, il a recherché la présence de l'HCl dans l'estomac au cours de différentes maladies. L'achlorhydrie se rencontre aussi bien chez les sujets sains que chez les sujets atteints d'affection du tube digestif. En confrontant plusieurs statistiques, on trouve que l'achlorhydrie est particulièrement fréquente dans le diabète (40 pour 100 des cas environ), dans l'hyperthyroïdisme (78 pour 100 des cas environ) et dans l'anémie non mégalocytique (70 pour 100 des cas). Cette dernière affection, qui se rencontre chez la femme à l'âge moyen, n'est pas d'origine hémolytique ni hémorragique. Il semble qu'elle soit due à une déficience de production de l'hémoglobine. Le traitement par l'ingestion de fer, sous forme de citrate de fer et d'une solution d'HCl dilué, donne des résultats satisfaisants.

André Plichet.

Carmalt-Jones. ***La vitamine B dans les cas d'œdème*** (*British medical Journal*, n° 3712, 27 Février 1932). — En 1918, Weckenbach a décrit le « cœur béri-bérique », dans lequel l'insuffisance cardiaque droite donnait lieu à des œdèmes qui résistaient aux cardiotoniques et disparaissaient après l'administration de vitamine B. C. a essayé les effets de cette substance dans des œdèmes consécutifs à des cardiopathies rhumatismales. Dans trois cas d'asystolie, sans aucune autre médication que la vitamine B, il obtint une diurèse marquée, une amélioration passagère, mais la mort ne fut que retardée. Cette préparation, par contre, a eu beaucoup plus d'action et a amené la disparition des œdèmes dans deux cas d'anémie pernicieuse et la guérison complète des malades. Ces anémies avaient résisté aux transfusions et à l'hépatothérapie.

C. a surtout employé dans ces cas une vitamine B préparée aux îles Philippines et tirée du riz. Il semble que ce soit surtout la vitamine B, ou facteur antinévritique, qui soit efficace dans ces cas.

André Plichet.

BRITISH JOURNAL OF RADIOLOGY (Londres)

Sir Thomas Horder. ***A propos de la radiothérapie des leucémies*** (*The British Journal of Radiology*, tome V, n° 51, Mars 1932). — H. considère que les radiations constituent la principale thérapeutique des leucémies et soulève différentes questions: 1° Comment faut-il envisager la leucémie au point de vue pathogénique? Il rappelle à ce propos les deux principales théories: infectieuse et néoplasique et les discute sommairement tant au point de vue clinique que radiologique. 2° Comment agit l'irradiation? Plutôt partisan d'une action indirecte, il note qu'on peut invoquer une résorption d'éléments néoplasiques, la production d'une leucotoxine, une action sur les hormones, les centres neuro-trophiques. 3° L'action des radiations est-elle purement symptomatique ou curatrice? Elle n'est, pour lui, que symptomatique et ne prolonge que de peu l'existence tout en rendant celle-ci infiniment moins pénible; l'irradiation reste donc indiquée et H. l'emploie systématiquement. 4° Quel est le but que l'on se propose d'atteindre par l'irradiation? Quel est le criterium de la réussite du traitement? Sans se laisser guider exclusivement par le nombre des globules blancs, il pense que ce qu'il faut, avant tout, c'est reconstituer un taux suffisant en hémoglobine et en globules rouges et qu'il convient surtout de tenir largement compte de l'état général du malade qui doit guider le traitement. 5° Sur quels signes se baser en vue de la répétition des traitements? Plus encore sur l'état général du sujet que sur l'augmentation du nombre des leucocytes. 6° Faut-il donner une médication arsenicale en même temps que l'on fait des irradiations? Non, H. réserve l'arsenic pour la période qui suit l'irradiation. 7° Quelles sont les contre-indications de la radiothérapie? La pyrexie, la faiblesse cardiaque, l'insuffisance rénale, les hémorragies. C'est à ce propos que l'A. discute de la leucémie lymphoïde aiguë, qui n'est pas à classer dans le cadre des leucémies vraies, et qui, en règle générale, n'est pas du domaine des irradiations. 8° En ce qui concerne les régions à irradier, il ne faut pas réaliser une irradiation telle de la rate que celle-ci devienne scléreuse, ce qui empêche l'action de toute irradiation ultérieure. Le thorax, les côtes, le sternum, les omoplates, riches en éléments hématopoiétiques, seront irradiés avec fruit, et de même les ganglions susceptibles de provoquer de la gêne par leur augmentation de volume.

H. ne veut émettre aucune conclusion sur la curiethérapie dont il n'a pas l'expérience.

Le Dr *N. S. Finzi* estime qu'on ne donne généralement pas aux leucémies une dose suffisante et cela pour deux raisons : 1° C'est que, dans les cas aigus surtout, une forte dose trop peu étalée est facilement mortelle. 2° C'est qu'on tient en général trop compte des globules blancs, et pas assez des globules rouges.

F. montre des courbes leucocytaires sous l'action du traitement et tient surtout à mettre en évidence qu'après une faible diminution initiale le nombre des globules rouges tend à augmenter progressivement ainsi d'ailleurs que le taux de l'hémoglobine.

Les quelques résultats que H. a obtenus par curiethérapie, ont été loin d'évoluer aussi favorablement que ceux traités par les rayons X. F. *rapporte* les résultats suivants de la rœntgenthérapie: 1° *Leucémie myéloïde:* cas traités de 1920 à 1927: survie de un mois à cinq ans et deux mois (sur une moyenne de 38 cas: vingt-trois mois, moyenne d'ailleurs défavorable par défaut, les malades cessant de revenir consulter). De 1928 à ce jour: 11 vivants, 4 morts, 1 disparu. 2° *Leucémie lymphoïde* (cas aigus et chroniques réunis). De 1920 à 1927: 16 cas; survie de quatre jours à cinq ans six mois; moyenne dix-huit mois (défavorable par défaut comme ci-dessus). De 1928 à ce jour: 7 vivants, 7 morts, 1 disparu.

Le grand écueil du traitement est la nécessité de recourir à des doses de plus en plus élevées au fur et à mesure des récidives jusqu'à la radiorésistance terminale.

Il convient d'essayer de traiter les cas même en apparence désespérés et, si même on tient compte des améliorations spontanées qui ont été discutées, il n'y a pas de doutes à avoir sur l'action évidente des rayons X.

F. décrit les principales techniques qu'il emploie pour les leucémies, lymphoïdes et myéloïdes (et rappelle l'irradiation totale suggérée par Dale) et donne les constantes qu'il utilise ainsi que les traitements accessoires que l'on peut envisager: transfusion sanguine, arsenic... qui sont du domaine médical.

Pour F., trois points sont essentiels: 1° irradiation de la région abdominale supérieure gauche; 2° irradiations prudentes, mais à doses suffisantes; craindre le sous-dosage: être prudent au début du traitement ; 3° attacher plus d'importance aux globules rouges et à l'hémoglobine qu'aux globules blancs.

Le Dr *A. Piney*, avec coupes et graphiques à l'appui, ne s'est occupé que des questions suivantes: quand et comment faut-il traiter? Les rayons X constituent pour cet auteur le dernier espoir thérapeutique, celui dont il convient de se servir quand les autres traitements ont échoué.

Le traitement est d'autant plus indiqué qu'il y a plus de formes anormales des éléments du sang. Traitant des leucémies myéloïdes, il a irradié les os longs et la rate et a obtenu, même dans des cas graves, des survies de plus de deux ans. Partisan de ceux qui tiennent surtout compte du nombre des hématies et de l'hémoglobine, il montre qu'il ne faut pas pousser l'irradiation trop loin, le nombre des globules blancs tendant à continuer à baisser même après cessation du traitement; bien que la numération globulaire ne lui semble pas un critérium exact, il y a intérêt à ramener le taux des globules blancs vers la normale.

Le Dr *J. H. Douglas Webster* rappelle toutes les hypothèses que soulève encore la leucémie (étiologie, pathogénie, action des différentes thérapeutiques, formes cliniques).

Il est d'accord pour envisager une action indirecte, au moins pour une partie des radiations, et rappelle les recherches de nombreux auteurs sur l'action des radiations sur l'évolution des cellules Isaacs), sur les modifications du métabolisme (Dodds et Webster), sur les applications de radium de Ordway, et les différentes méthodes de rœntgenthérapie.

H. résume les différentes opinions émises et les discute; il est d'avis de traiter tout sujet présentant une formule sanguine nettement anormale.

Comme il n'existe aucun critérium de l'état de la moelle osseuse en dehors de la formule du sang périphérique, c'est celle-ci qui doit, jusqu'à des connaissances plus certaines, nous servir de guide au point de vue thérapeutique.

Morel Kahn.

IL POLICLINICO [Sezione medica] (Rome)

C. Papp. ***Syndrome d'Adams-Stokes par lipomatose du nœud de Tawara*** (*Il Policlinico*) [*Sez. Medica*], tome XXXIX, n° 5, 1er Mai 1932). — P. rapporte l'observation d'une femme obèse de 66 ans, ayant depuis trois mois des crises épileptiques, avec arythmie et bradycardie de 50-60, puis de 40-50 et enfin de 36 le jour de la mort; l'étude électrocardiographique n'a pas été faite. L'autopsie

a montré l'augmentation de la graisse sous-épicardique, un myocarde un peu scléreux et des valvules saines; sur les coupes en série, on note une importante infiltration graisseuse localisée dans la région du nœud de Tawara qu'elle détruit en partie et isole du myocarde auriculaire; l'infiltration se poursuit le long du faisceau, mais moins intense, limitée à la gaine et n'interrompant pas les fibres; les vaisseaux de la région nodale sont intacts. La lipomatose du système de conduction est exceptionnelle et P. n'en a retrouvé que 4 cas dans la littérature. L. Rouquès.

M. Gavanezzi et **L. Beltrametti**. ***Les leucocytes neutrophiles avec granulations toxiques dans le typhus abdominal*** (*Il Policlinico*) [*Scz. Medica*], tome XXXIX, n° 6, 1er Juin 1932). — Mommsen a montré qu'à l'état pathologique, les leucocytes neutrophiles traités par une solution de Giemsa très acide (p_H: 5,4) présentaient de petites granulations bleu-violet, les granulations toxiques; dépourvues de spécificité, elles n'atteindraient leur maximum de fréquence que lorsque le malade aurait surmonté l'infection et seraient peu nombreuses dans les cas où l'organisme ne se défendrait pas.

G. et B. ont étudié les granulations chez 16 typhiques, répétant les examens de cinq en cinq jours, du 10e au 40e; le pourcentage des leucocytes à granulations toxiques y est plus élevé que dans toute autre maladie et peut atteindre 98 pour 100; relativement bas pendant la première semaine, il s'élève rapidement, atteint son maximum vers la troisième et décroît ensuite plus ou moins vite, quelques granulations persistant encore pendant la convalescence. L'évolution des granulations est la même, quels que soient la gravité et le cours de la maladie; G. et B. n'ont pas pu mettre en évidence de rapport entre le pouvoir de défense de l'organisme et le nombre des granulations.

L. Rouquès.

IL POLICLINICO [*Sezione pratica*] *(Rome)*

S. Manca. ***Contribution à l'étude de l'acide urique dans le sang*** (*Il Policlinico*) [*Scz. pratica*], tome XXXIX, n° 23, 6 Juin 1932). — M. a pratiqué des dosages de l'acide urique dans le sang avec la méthode de Folin chez 45 malades. Dans les néphrites, l'hyperuricémie est constante et proportionnelle à la gravité de l'état; c'est un test plus fidèle que l'azotémie, car l'uricémie peut déjà être augmentée alors que l'urée sanguine est encore normale et elle est toujours très élevée chez les malades gravement atteints dont l'azotémie peut rester modérée; l'hyperuricémie dans les néphrites va presque toujours de pair avec l'hypertension artérielle.

Chez les cardiaques compensés, l'uricémie est sensiblement normale; elle est presque toujours augmentée chez les cardiaques décompensés, moins en raison de l'hypotension que par suite du trouble du fonctionnement rénal qu'entraîne l'asystolie. Chez les hépatiques, l'uricémie est dans la règle élevée et cela d'autant plus que l'insuffisance hépatique est plus accentuée; dans les exsudats des cirrhotiques, l'acide urique atteint le même taux que dans le sang. Dans la leucémie myéloïde chronique, l'hyperuricémie est constante.

L. Rouquès.

MINERVA MEDICA *(Turin)*

C. Minerbi. ***Au sujet des derniers progrès de la théorie physique du murmure vésiculaire et du souffle trachéo-bronchique physiologique*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 13, 31 Mars 1932). — M. s'est efforcé depuis plusieurs années de préciser le mode de production du murmure vésiculaire et du souffle trachéo-bronchique normal, en reproduisant des bruits analogues avec des appareils formés essentiellement d'un ballon de caoutchouc représentant le poumon, de canules représentant les bronches mineures et de tubes rectilignes ou à 3 branches représentant la trachée et sa bifurcation.

Le murmure vésiculaire est un bruit de heurt aérien se produisant suivant le temps de la respiration à l'une ou l'autre des extrémités des bronchioles lobulaires. Le souffle trachéobronchique physiologique est la somme des sons de résonance élective correspondant au trépied trachéo-bronchique et à la voie bronchique principale; chacun de ces sons secondaires est produit par un des sons primaires dont la réunion constitue le murmure vésiculaire et dont la fréquence est adaptée aux diverses portions de la voie aérienne qui fonctionne à la façon d'un résonnateur cylindrique.

L. Rouquès.

L. Alzona. ***La fonction hépatique dans les diverses formes cliniques de tuberculose pulmonaire*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 14, 7 Avril 1932). — La fonction hépatique étudiée par l'épreuve de l'amino-acidémie provoquée est normale dans la tuberculose pulmonaire discrète sans réaction fébrile et dans la majorité des cas de broncho-pneumonie tuberculeuse sans caverne ou avec cavernes peu étendues, évoluant sans fièvre ou avec une réaction fébrile légère; la fonction hépatique est légèrement atteinte dans les broncho-pneumonies avec fièvre permanente et aussi touchée que dans les affections graves du foie, dans les formes de tuberculose pulmonaire avec cavernes multiples ou signes toxiques accentués.

L. Rouquès.

E. Guiffrida. ***Nouvelle contribution à l'étude de la réaction de Citelli-Piazza pour le diagnostic des tumeurs malignes*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 15, 14 Avril 1932). — La réaction proposée par Citelli et Piazza pour le diagnostic du cancer a tout au moins le mérite de la simplicité; elle consiste à provoquer chez les cancéreux une crise hémoclasique par l'injection sous-cutanée d'un extrait de tissu cancéreux; deux numérations de globules blancs suffisent, l'une avant, l'autre trente minutes après l'injection; la réaction est positive quand la baisse des globules blancs atteint au moins 1.000 éléments par millimètre cube, faiblement positive lorsqu'elle varie entre 600 et 1.000.

Confirmant les travaux antérieurs, la statistique de G. donne 39 réactions positives sur 44 cancéreux et 10 résultats négatifs sur 11 sujets non cancéreux; les cancroïdes cutanés ne donnent pas la réaction. G. conclut que cette réaction, par sa spécificité, est destinée à rendre de grands services pour le diagnostic du cancer; on peut toutefois remarquer que d'après Longo et Prisco, elle est positive chez la moitié environ des femmes enceintes.

L. Rouquès.

F. Sardi. ***Sur la guérison spontanée des cavernes tuberculeuses*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 17, 28 Avril 1932). — La possibilité de la guérison des cavernes tuberculeuses, déjà admise par Laennec et que certains auteurs continuent à nier, a été mise hors de doute par les progrès de la radiographie et S. en rapporte 5 observations. Parmi les facteurs qui règlent la disparition des cavernes, les plus importants sont l'état du parenchyme péricavitaire, le siège de la lésion qui détermine le plus ou moins de tiraillements qu'elle peut subir et la plus ou moins grande facilité du déplacement compensateur des organes voisins. Les cavernes creusées dans les infiltrats précoces sont les plus aptes à guérir.

Deux modes de guérison sont à envisager, dont les modalités exactes sont encore discutées: l'oblitération par résolution qui laisse une petite tache au milieu d'un champ pulmonaire uniformément clair et l'oblitération par fibrose, plus lente, qui donne des modifications de la topographie thoracique et une opacité de toute la région qui avoisine la zone primitivement excavée.

L. Rouquès.

A. Bick. ***Recherches sur le contenu de la bile duodénale en acide urique chez les sujets soumis à la fangothérapie*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 17, 28 Avril 1932). — Sous l'influence de la cure de boue d'Acqui, l'uricémie s'élève chez les sujets atteints d'affections rhumatismales jusqu'à dépasser de 50 pour 100 le taux normal; il y a probablement passage de l'acide urique des tissus vers le sang; simultanément, l'élimination urinaire diminue, mais B. ne pense pas que l'on puisse en conclure à une baisse de l'élimination totale, car l'acide urique s'élimine aussi par la sueur et par la bile. Sous l'influence de la cure, la sueur devient un émonctoire de premier ordre et le taux de l'acide urique peut y dépasser celui du sang. Dans la bile, au contraire, l'acide urique n'augmente que peu, si bien que le quotient des taux de l'acide urique du sang à celui de la bile atteint des valeurs de 2 à 3,8, sans qu'il y ait de rapport direct entre eux. L'impossibilité où l'on se trouve de faire porter les dosages sur la totalité de la bile empêche d'étudier les modifications que la fangothérapie fait subir au métabolisme hépatique de l'acide urique, mais il est probable que la quantité d'acide urique éliminée par la bile ne présente pas de variations aussi importantes que dans l'urine et la sueur.

L. Rouquès.

G. Lucchese. ***La sympathectomie chimique (isophénolisation) de l'artère fémorale dans quelques affections des membres inférieurs et de l'artère spermatique dans les troubles de la sénilité*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 18, 5 Mai 1932). — L. a exécuté la sympathectomie chimique de la fémorale chez 6 malades atteints d'ulcère perforant du pied (3 cas), d'ulcère variqueux, de maladie de Buerger et de troubles circulatoires post-emboliques. Seule, la dernière malade a retiré de l'opération un bénéfice appréciable et durable; dans les autres cas, le résultat a été soit de très courte durée, soit nul et, en particulier, les vives douleurs que ressentait un des malades atteints d'ulcère perforant n'ont pas été modifiées. La sympathectomie de l'artère spermatique (2 cas) n'influence ni l'état général, ni l'activité sexuelle, elle n'aboutit qu'à une atrophie globale et définitive du testicule. Les résultats de la sympathectomie chimique ne justifient donc pas l'enthousiasme de ceux qui ont préconisé cette intervention.

L. Rouquès.

G. Gianni. ***Sur la valeur des albumines solubles dans les fèces des tuberculeux pour le diagnostic des ulcérations intestinales : recherches comparatives avec les autres méthodes de laboratoire*** (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 19, 12 Mai 1932). — On peut caractériser l'albumine soluble dans les selles par la réaction de Triboulet au sublimé acétique ou mieux par la chaleur et le ferrocyanure, après traitement par l'acide acétique des matières diluées et filtration; le deuxième procédé est le plus long, mais le plus sensible. L'albumine soluble est fréquente chez les tuberculeux. G. l'a trouvée 10 fois chez 15 malades

ayant des troubles gastro-intestinaux nets, 11 fois chez 46 tuberculeux sans signes cliniques ou radiologiques d'atteinte intestinale. 11 malades ayant présenté de l'albumine soluble dans les selles ont été autopsiés; tous avaient des ulcérations intestinales. La recherche de l'albumine soluble paraît la meilleure réaction à employer pour le diagnostic de la tuberculose intestinale ulcéreuse; elle est préférable à la recherche des hémorragies occultes.

L. Rouquès.

A. Rabino.. *Les hémoptysies non tuberculeuses* (*Minerva Medica*, 23e année, tome I, n° 24, 16 Juin 1932). — Les hémoptysies non tuberculeuses sont rares; leur pourcentage n'atteint certainement pas 50 pour 100 des hémoptysies comme on l'a prétendu, et le chiffre de 6 pour 100 admis au Congrès de la tuberculose de Paris en 1921 est plus exact; sur 250 hémoptysies environ, R. n'en a trouvé que 10 pour 100 de non tuberculeuses, dont plus de la moitié dépendent de bronchectasies ou de cardiopathies. Grâce à la radiographie, il est plus facile de reconnaître la vraie nature des hémoptysies tuberculeuses isolées, car un examen précoce n'est presque jamais négatif; en cas de doute, il faut tenir le malade en observation et ne pas l'envoyer d'emblée en sanatorium.

L. Rouquès.

ARCHIVIO ITALIANO DI CHIRURGIA
(Bologne)

Pietro Bucalossi (Pise). ***L'adénome solitaire congénital du foie. Etude anatomo-clinique, avec relation d'un cas opératoirement guéri*** (*Archivio italiano di Chirurgia*, tome XXXI, n° 5, Mai 1932). — Suivant la distinction de Simmonds, il faut séparer l'adénome solitaire congénital des adénomes acquis, multiples et généralement accompagnés d'un processus cirrhotique. C'est à la première variété que s'attache l'étude de B. et que se rapporte son observation: une femme de 34 ans a vu paraître, depuis un an et demi, une tumeur de la fosse iliaque droite qui augmente assez rapidement de volume; après un examen clinique et radiologique très complet, on pense à une tumeur du foie ou à une tumeur rétropéritonéale pararénale droite; l'intervention montre qu'il s'agit d'une masse grosse comme une tête de fœtus à terme, attachée à la face inférieure du foie par un pédicule long et mince; ablation et hémostase de la tranche hépatique par suture, faciles; le microscope montre qu'il s'agit d'un adénome (tumeur circonscrite par une capsule conjonctive et dont l'élément cellulaire spécifique a la morphologie de la cellule hépatique commune, mais sans organisation trabéculaire autour d'un vaisseau central, sans espaces porte et sans canalicules biliaires).

B. expose les deux hypothèses qui cherchent à interpréter ces néoformations: s'agit-il d'une forme blastomateuse proprement congénitale, ou d'un foie accessoire? C'est à la première qu'il se rallie, en se basant précisément sur la structure histologique: l'adénome solitaire n'est pas une formation à évolution ontogénique complète, mais il présente au contraire tous les caractères du tissu hépatique à la phase embryologique.

L'adénome solitaire du foie peut se rompre, sans doute consécutivement à une nécrose due à des troubles circulatoires (par exemple quand se produit la torsion d'une tumeur pédiculée). Il peut subir une transformation maligne, sous l'influence d'une cause stimulante qui peut être un traumatisme, mais qui peut être aussi la cirrhose hépatique.

La symptomatologie de l'adénome solitaire du foie n'a rien de caractéristique, et tous les signes qu'il peut fournir (tumeur, douleur, phénomènes de compression des organes voisins) peuvent être interprétés tout au plus comme révélateurs d'une tumeur intra- ou même rétropéritonéale; d'où les habituelles erreurs de diagnostic.

Le traitement doit consister dans l'ablation totale de la tumeur, élargie encore lorsqu'on a quelques doutes sur sa malignité. Cette ablation est parfaitement justifiée par les risques de cancérisation de l'adénome. Elle ne peut être techniquement difficile que dans les cas où la tumeur a un siège intra-hépatique.

André Guibal.

LA CLINICA PEDIATRICA
(Modène)

G. Salvioli (Sienne). ***Le cœur dans la dystrophie musculaire progressive*** (*La Clinica pediatrica*, tome XIII, n° 1). — Dans ce mémoire, S. publie les résultats que lui a fournis l'électrocardiogramme établi chez trois enfants atteints d'une forme peu avancée de dystrophie musculaire progressive.

Chez les deux premiers enfants qui ne présentaient cliniquement aucune lésion cardiaque, l'étude de l'électrocardiogramme n'a révélé aucune modification *notable* susceptible de faire admettre une lésion du myocarde.

Le troisième cas présentait un intérêt particulier, car l'enfant était atteint d'une affection mitrale. Malgré cette lésion l'électrocardiogramme ne révélait pas de trouble du myocarde.

S. conclut de ces trois examens que la participation du myocarde doit être considérée comme tardive dans la dystrophie musculaire progressive.

G. Schreiber.

RIVISTA DI PATOLOGIA NERVOSA E MENTALE
(Florence)

Franceschini. *Le méningiome* (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, tome XXXIX, n° 2, 1932). — Depuis les premiers travaux de Cruveilhier, les tumeurs des méninges ont été l'objet de travaux nombreux, mais c'est Cushing qui a proposé le terme de méningisme. Dans cet important mémoire, F. montre les rapports existant entre les méningiomes et les phénomènes de prolifération normale de l'arachnoïde, les granulations de Pacchioni et les globes endothéliaux de Guizzetti. D'après trois observations personnelles, il étudie leur structure. Du point de vue purement histologique, les méningiomes se rapprochent de la leptoméninge, ils ne sont que la déviation d'un aspect particulier du tissu leptoméningé. Schmidt avait déjà admis cette interprétation quand il les avait nettement distingués des sarcomes, mais on doit admettre qu'ils constituent autre chose qu'une simple hyperplasie de la leptoméninge: à savoir une exagération dans le temps et dans l'espace de ses qualités proliférantes, une exaltation des propriétés biologiques propres du tissu arachnoïdien; une hyperblastose au sens d'Adami.

Les méningiomes se comportent habituellement comme des tumeurs bénignes. F. insiste toutefois sur ces tumeurs craniopharyngées plus ou moins malignes par leurs caractères cliniques et histologiques, leur aspect syncitial avec des noyaux de grandeur variable avec répartition inégale de la chromatine, de fréquentes images de division directe, sans mitoses il est vrai.

H. Schaeffer.

A. Mari. *Considérations sur la pathogénèse et la valeur diagnostique de l'éosinophilie du liquide céphalo-rachidien* (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, tome XXXIX, n° 2, 1932). — L'éosinophilie du liquide céphalo-rachidien a été signalée au cours d'affections assez diverses: la syphilis médullaire, la méningite cérébrospinale, les réactions méningées sériques. Mais dans tous ces cas, elle est exceptionnelle, et l'éosinophilie est presque toujours symptomatique de la cysticercose du système nerveux.

L'origine des éléments éosinophiles a soulevé de multiples discussions. Origine hématogène, origine histiogène, la question n'est pas encore tranchée.

M. pense que la genèse de cette éosinophilie pourrait être rapportée à un trouble des échanges gazeux des tissus où prennent naissance ces éléments, provoqué par la compression et les réactions vitales du parasite. On peut observer soit des cellules éosinophiles mononucléées qui ont une origine locale, soit des polynucléaires éosinophiles dont la même origine est le plus probable.

H. Schaeffer.

NOUA REVISTA MEDICALA
(Bucarest)

L. Strominger. *Sur l'hématurie dans la colibacillose urinaire* (*Noua Revista Medicala*, tome IV, n° 1, Mai 1932). — S. croit qu'il faut distinguer deux groupes d'hématuries dans la colibacillose urinaire :

1° Un premier groupe où l'hématurie survient pendant ou au déclin d'une appendicite opérée ou non; elle serait due à une néphrite toxique par les toxines appendiculaires ou à une congestion rénale post-opératoire.

2° Dans le deuxième groupe, l'hématurie survient en pleine santé, accompagnée parfois de coliques; de courte durée, elle se reproduit à de grands intervalles.

S. cite plusieurs cas de colibacillose urinaire. Dans le premier, il s'agit d'un homme de 45 ans pris subitement d'une hématurie abondante sans coliques néphrétiques; l'état général ne fut point touché. L'hématurie finie, on trouva dans l'urine, recueillie aseptiquement, le colibacille à l'examen sur lame et en culture.

Le second se rapporte à un homme de 52 ans à passé prostatique, aux urines troubles contenant des filaments. L'hématurie apparut brusquement. Les urines contenaient depuis longtemps des urates et des oxalates en abondance. Le premier diagnostic porté fut celui de lithiase rénale. Quelques années plus tard, le malade fut pris d'une hématurie légère et de fièvre. Aucun élément rénal ne fut trouvé dans les urines: l'examen bactériologique montra le colibacille sur lame et en culture.

Le troisième cas fut celui d'un sujet soigné pour colibacillose urinaire avec localisation prostatique; enfin le dernier présenta une hématurie profuse avec fièvre, frisson, nausées et vomissements; c'était un ancien constipé, sans passé rénal. Ici encore on trouva en abondance le colibacille.

Tous les cas furent traités et guéris par un vaccin anticolibacillaire, l'uroformine intraveineuse et les instillations vésicales.

Ces cas illustrent les relations certaines entre certaines hématuries et la colibacillose urinaire.

Henri Krauten.

REVUE DES JOURNAUX

LE PROGRÈS MÉDICAL
(Paris)

Besson et Salmon. ***L'emphysème sous-cutané pendant l'accouchement*** (*Le Progrès Médical*, n° 28, 9 Juillet 1932). — L'emphysème sous-cutané est une complication exceptionnellement rare au cours de l'accouchement, 80 cas environ en ont été publiés. B. et S. ont eu l'occasion d'en observer un cas chez une primipare de 22 ans, ne possédant aucun antécédent pathologique et dont tous les organes paraissaient normaux. C'est en plein travail qu'apparut brusquement dans les régions sus-claviculaire et sus-sternale puis dans le cou et les joues une grosse tuméfaction à crépitation neigeuse caractéristique. Cet accident se développa en quelques minutes sans signes généraux, sans douleur autre qu'une simple gêne, sans dyspnée ni asphyxie, sans température. De nouvelles douleurs aboutissant à l'accouchement normal n'augmentèrent pas la tuméfaction. Celle-ci persista huit jours, puis disparut progressivement de haut en bas sans autre traitement qu'une application de compresses, et sans laisser de séquelles. L'examen du poumon et du cœur a toujours été négatif.

La pathogénie de cette complicaiton reste obscure. L'absence de lésion pulmonaire ou cardiaque, de dyspnée et d'asphyxie permet difficilement d'admettre une déchirure des vésicules pulmonaires. Le travail et l'accouchement s'étant passés normalement, il semble difficile d'invoquer un choc obstétrical.

Au point de vue du pronostic, il faut savoir qu'à côté des cas d'emphysèmes sous-cutanés circonscrits, il en existe d'autres généralisés se terminant par la mort, d'où l'indication de terminer promptement l'accouchement par un forceps dans tous les cas.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

H. Thiers et **L. Vachez.** ***Les comas acétonémiques dans les insuffisances hépatiques graves de l'adulte (en dehors de la puerpéralité)*** [*Annales de Médecine*, tome XXXII, n° 1, Juin 1932]. Ce travail fait état de 10 observations, dont une inédite et personnelle donnée *in extenso*.

Il existe un coma par céto-acidose survenant en dehors du diabète sucré et de la puerpéralité, chez des sujets présentant une lésion parenchymateuse grave du foie : dégénérescence graisseuse associée ou non à une cirrhose, ictère grave, hépatite palustre, abcès.

Le coma se présente comme un coma diabétique, mais sans glycosurie, et avec une glycémie abaissée, dans le seul cas où elle a été mesurée. Son évolution se fait soit vers la guérison spontanée, soit vers la mort, la thérapeutique se montrant inefficace dans les cas graves. L'atteinte hépatique est très souvent impossible à mettre en évidence par la seule clinique et un examen histologique est alors nécessaire. T. et V. estiment avoir apporté la preuve que, suivant la conception de Marcel Labbé, cette céto-acidose ne s'explique pas par le jeûne. Il est légitime d'admettre que l'insuffisance hépatique peut être cétogène, mais T. et V. se demandent si le système nerveux ne joue pas aussi un rôle dans le déterminisme de ces grandes acétonémies.

L. Rivet.

Marcel Liégeois et **Guy Albot.** ***Notions récentes sur les endocardites lentes*** (*Annales de Médecine*, tome XXXII, n° 1, Juin 1932). — Dans ce travail critique très documenté, L. et A. rappellent qu'en Amérique des arguments bactériologiques et cliniques ont paru suffisants à nombre d'auteurs pour établir une identité de nature entre les endocardites rhumatismales ou certaines d'entre elles et les endocardites malignes à marche lente dues au streptocoque viridans.

Pour les auteurs français, notamment Achard, l'endocardite lente n'est pas une maladie propre; on ne peut accorder au streptocoque viridans aucune spécificité, ce germe pouvant donner des formes à marche rapide, aiguë et d'autres germes étant susceptibles de déterminer des infections prenant le type de l'endocardite lente. « L'endocardite lente doit être considérée comme un syndrome anatomo-clinique, dont plusieurs maladies peuvent provoquer l'apparition; ce sont, le plus ordinairement, une streptococcie, le plus rarement une entérococcie, une pneumococcie, une grippe, toutes espèces morbides capables d'engendrer des accidents très polymorphes. »

Les études expérimentales récentes, en montrant le rôle important joué par le *terrain* dans la genèse de toutes ces affections endocarditiques, jettent un jour nouveau sur la question et permettent d'espérer des recherches futures des données pathogéniques intéressantes.

En ce qui concerne le pronostic des endocardites lentes, les notions jusqu'ici admises demeurent entières: aucun exemple de guérison durable de cas, avec streptocoque viridans constaté dans le sang, n'a été confirmé.

L. Rivet.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

A. Gosset, I. Bertrand et **P. Funck-Brentano.** ***Les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire*** (*Journal de Chirurgie*, t. XL, n° 2, Août 1932). — Sur 17.924 malades opérés à la Clinique de la Salpêtrière, du 1er Janvier 1920 au 31 Décembre 1931, 4 l'ont été pour tumeur mixte de la glande sous-maxillaire. Leurs observations servent de base à une étude complète de ce sujet de pathologie cervico-faciale bien délimité. Elles sont suivies de la reproduction d'une série de coupes histologiques des pièces opératoires, figurant les aspects caractéristiques habituels de ces tumeurs mixtes salivaires. Il y a cependant à noter pour l'une d'entre elles, qu'en un point de la tumeur, d'aspect myxoïde, il existe deux follicules tuberculeux. Une semblable localisation d'un processus tuberculeux sur une tumeur mixte salivaire n'a pas encore été signalée.

La possibilité, au cours d'une évolution très lente, d'une transformation maligne, indique formellement l'ablation. La tumeur, étant toujours encapsulée, peut être simplement séparée de la glande qui n'est pas ainsi sacrifiée (2 observations); plus souvent peut-être, les adhérences fortes, la situation intra-glandulaire de la tumeur indiquent l'ablation simultanée de la glande sous-maxillaire, ablation qui, unilatérale, est sans suites fonctionnelles fâcheuses (2 observations). La radiothérapie est à rejeter.

P. Grisel.

J. Mégnin. ***Traitement de l'œdème cérébral post-traumatique par la solution de sulfate de magnésie à 15 pour 100*** (*Journal de Chirurgie*, t. XL, n° 2, Août 1932). — Ainsi que l'ont pu constater Le Count et Apfelbach, au cours de 504 autopsies, et de nombreux opérateurs, l'œdème accompagne tous les traumatismes craniens importants et cause l'hypertension et ses accidents. M. rappelle ce que nous savons de la formation de cet œdème, du mécanisme par lequel il prend une part prépondérante à l'hypertension et enfin de sa résorption.

L'idée de hâter cette résorption de l'œdème cérébral et méningé par l'augmentation de la tension osmotique du sang due à l'injection intraveineuse de solutions salées hypertoniques n'est pas nouvelle. Weed et Mc Kibben, dès 1919, ont montré leur action hypotensive sur le liquide céphalo-rachidien. Dowman, en 1922, les utilisa à la fois par voie intraveineuse et par voie buccale. Temple-Fay, en 1923, a indiqué l'action moins dangereuse des solutions de sulfate de magnésie comparées à celles de chlorure de sodium. M. enfin, depuis 1930, a systématisé l'emploi du sulfate de magnésie dans l'hypertension intra-cranienne post-traumatique, le préférant au chlorure de sodium dialysable, toxique, cause d'œdème secondaire, et au glucose, cependant en faveur, mais d'action parfois inconstante et non sans danger.

Le malade couché sur le côté droit, une ponction lombaire manométrique, après vérification par Queckenstedt-Stockey, établit qu'il y a bien une hypertension nette. On fait alors au pli du coude, de la solution à 15 pour 100 de sulfate de magnésie, une lente injection intraveineuse. Dès le début, la céphalée cesse, le pouls s'accélère, la tension artérielle, celle du liquide céphalo-rachidien s'abaissent, l'apparition de coliques intestinales indique de cesser l'injection qui sera en moyenne de 60 cmc. Le ralentissement du pouls et de la respiration, s'ils réapparaissent, signalent le retour de l'hypertension et indiquent l'utilité d'une nouvelle injection. La diète hydrique, l'absorption de la même solution par voie buccale ou rectale, l'ingestion d'eau glucosée, sont d'utiles moyens adjuvants.

Le danger de la méthode est la déshydratation excessive aboutissant à la mort avec des signes semblables à ceux des grandes hémorragies. On l'évitera en se conformant bien à la technique et en se gardant d'employer la méthode dans les cas d'hypotension du L.C.R., de choc profond, d'hémorragies profuses et surtout de contusion cérébrale grave, qui la contre-indiquent

Suivent 10 observations. Les 5 premières, faites à titre d'essai, montrent seulement la disparition de la céphalée mais sans vérification de la pression intra-rachidienne. L'effet défavorable, aggravant, de la méthode dans les cas de lésions cérébrales graves, est établi par 2 observations. L'action heureuse sur les signes cliniques est démontrée par 3 observations avec, cette fois, étude de la tension du L. C. R. qui présente un abaissement que n'avaient pu obtenir des ponctions lombaires évacuatrices répétées faites antérieurement.

P. Grisel.

LE NOURRISSON
(Paris)

H. Slobosiano, M. Georgesco et **P. Herscovici** (Bucarest). ***Contribution à l'étude de l'induration cutanée curable des nouveau-nés*** (*Le Nourrisson*, tome XX, n° 4, Juillet 1932). — Dans ce travail, S., G. et H. montrent que les indurations cutanées faciales sont quelquefois capables de rendre difficile ou même d'empêcher la tétée en raison des douleurs qu'elles occasionnent.

Ils ont pu établir que des traumatismes même accentués, comme des coups donnés avec le marteau à réflexes, ne déterminent que des infiltrations minimes et seulement dans 39 pour 100 des cas.

Le froid, au contraire, la congélation au chlorure d'éthyle produisent des lésions expérimentales d'induration cutanée dans 70,8 pour 100 des cas. Après la congélation, on observe de grandes infiltrations et des plaques dures comparables aux indurations obstétricales.

S., G. et H. se demandent si l'hypothermie post-

natale n'est pas, dans certains cas, en relation avec l'induration cutanée étendue à un ou plusieurs segments du corps. Cette forme paraît propre au nouveau-né, tandis que les nodules d'induration cutanée limités, d'origine traumatique, peuvent s'observer aussi bien chez l'animal.

Au point de vue histologique, S., G. et H. ont constaté que les indurations cutanées expérimentales (par congélation associée au traumatisme ou par congélation simple) sont constituées par les mêmes lésions que les indurations obstétricales.

G. Schreiber.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Berlin, Munich, Vienne)

Rudin. *Les causes du goitre endémique et du crétinisme* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 25, 12 Juin 1932). — R. a entrepris une enquête sur l'endémie goitreuse en Bavière. Il a constaté que les cas se répartissent en goitreux, crétins, faibles d'esprits et enfin sujets atteints de troubles de l'audition allant jusqu'à la surdité complète : ces diverses affections paraissant se rattacher à la même cause endémique.

Ces manifestations se présentent d'ailleurs dans des rapports variables, ainsi on trouve toujours des goitreux dans les régions où se rencontre le crétinisme et l'idiotie, alors que l'inverse n'est pas obligatoirement vrai.

Des causes régionales commandent vraisemblablement aux variations d'intensité de l'endémie ; sa gravité se manifeste par la fréquence et la sévérité des troubles psychiques ainsi que par la proportion relativement élevée des cas masculins (1 cas pour 6 cas féminins à Berne, alors que 1 pour 50 représente le pourcentage habituel dans les régions peu éprouvées).

L'étiologie paraît comporter deux ordres de causes : prédispositions héréditaires et conditions régionales.

L'hérédité, le rôle du terrain sont prouvés par un certain nombre de considérations : la prédominance féminine notable pour les goitres, la plus grande fréquence des cas de crétinisme masculin démontrent la valeur des facteurs sexuels, donc du terrain prédisposant.

Parmi les frères et sœurs vivant dans les mêmes conditions, l'atteinte est inégale et parfois à localisation différente. Même dans les cas épisodiques tels que les goitres de vacances (goitre survenant pendant le séjour de vacances dans une région goitrigène), la prédisposition est prouvée par l'atteinte rapide de certains sujets alors que d'autres sont épargnés. Les jumeaux univitellins sont plus souvent goitreux tous 2 que ceux nés de 2 œufs différents. Cette notion de l'influence de facteurs familiaux et héréditaires ne peut d'ailleurs actuellement être précisée et aucun caractère mendélien n'apparaît dans l'étude des familles goitreuses.

Les facteurs régionaux jouent un rôle démontré par nombre de faits. La localisation de l'endémie demeure très limitée, et souvent le nombre de cas dans ces régions atteint des proportions considérables.

Parfois certains voyageurs peuvent devenir goitreux durant leur séjour dans les lieux contaminés et guérir lorsqu'ils les quittent (goitres de vacances).

Citons également l'argument du goitre des animaux vivant dans les régions goitrigènes.

On peut invoquer parfois en troisième lieu un facteur saisonnier, ainsi la statistique de Lang indique que les enfants nés en Janvier sont atteints plus tardivement que ceux qui viennent au monde en automne. Ces variations ne sont pas en rapport avec des modifications de la teneur en iode de l'organisme maternel.

Ces diverses notions ne permettent d'adopter aucune des théories pathogéniques actuellement proposées : carence iodée, infection, rôle de l'eau de boisson, influence tellurique, aucune explication ne cadre avec les données cliniques et statistiques. Par contre, il semble plus satisfaisant d'admettre l'hypothèse du rôle des substances radioactives : émanation de radium ou autres substances munies de propriétés actiniques. L'étude des terrains géologiques dans les régions goitrigènes est intéressante à ce point de vue, et le parallélisme entre radio-activité et endémie goitreuse paraît assez net pour justifier des recherches cliniques et expérimentales plus précises, afin de confirmer cette théorie susceptible selon R. de constituer le point de départ de notions pratiques importantes.

G. Dreyfus-Sée.

Zickgraf. *Thérapeutique par la chlorophylle utilisée par voie parentérale* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 25, 12 Juin 1932). — Dès 1916, la chorophylle a été utilisée dans le traitement des anémies dans lesquelles elle paraît agir en substituant le noyau pyrrol à l'hémine et en excitant le système hémopoïétique. Depuis on a observé une action sur le système cardio-vasculaire et sur la nutrition générale de telle sorte que cette substance peut être employée dans le traitement des affections chroniques et en particulier de la tuberculose pulmonaire.

Burgi, dont les études sur ce sujet sont déjà anciennes et nombreuses, a tenté récemment de substituer à la voie digestive jusqu'ici employée la voie parentérale. Mais les injections étaient très douloureuses et il dut abandonner ces essais. Z. reprenant ces recherches dit avoir réussi à préparer un médicament aisément maniable et injectable sans douleur.

Ce produit en solution aqueuse lui a fourni des résultats favorables dans 36 cas d'anémie, 16 cas de neurasthénie, 18 cas d'artério-sclérose et chez 43 tuberculeux pulmonaires.

Outre l'action tonique générale, Z. insiste particulièrement sur l'influence tonicardiaque exercée par ce médicament qui présente l'avantage d'être dénué de toxicité.

G. Dreyfus-Sée.

J. Prüfer. *Nouvelles observations sur le traitement diététique des ulcères gastriques chroniques* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 26, 24 Juin 1932). — La sévérité des cures diététiques prescrites dans les affections ulcéreuses de l'estomac paraît bien souvent excessive.

Dans les ulcères chroniques, si les principes essentiels des cures du type de celle de Sippy ou de Rosenfeld peuvent être maintenus, il est cependant possible d'étendre le régime et d'y incorporer nombre d'aliments, importants tout en tenant compte des susceptibilités individuelles.

Ainsi le lait qui détermine une hypersécrétion acide nocive est au contraire parfaitement toléré sous forme de babeurre, yoghourt ou lait caillé. L'adjonction de larosan ou lait donnant un produit coagulable en fin caillots est également favorable.

Le régime de Sippy à petits repas fréquemment répétés peut être complété en remplaçant certains repas par une prise de biscuit de telle sorte qu'une vie sociale et professionnelle redevienne possible.

Les graisses fluides, dont on connaît le pouvoir modérateur de sécrétion, seront représentées par le lait d'amandes ou l'huile de noix utilisable dans l'assaisonnement des mets.

Certains malades tolèrent parfaitement les rôtis de viande froide, tandis que les mêmes mets chauds déterminent chez eux des crises douloureuses. Enfin, les crudités sous forme finement divisée : pomme rapée, salade, tomates, carottes rapées, etc., avec assaisonnement de jus de citron et d'huile, ne sont nullement à supprimer.

Ces régimes seront administrés sous surveillance attentive des malades. Leurs indications comportent les ulcères chroniques ne présentant pas de tendance hémorragique ni perforante, les ulcères duodénaux avec hypersécrétion sans saignement, s'accompagnant ou non de spasme pylorique, les ulcères en niche de la paroi gastrique. Il importe toujours de répartir l'alimentation fournie en un très grand nombre de repas peu abondants.

En conclusion, P. insiste sur le fait que l'influence excitante sur la sécrétion gastrique acide n'est nullement identifiable avec un rôle nocif. Le régime étendu, compatible avec une vie active, a fourni des résultats favorables chez des malades suivis durant des années.

G. Dreyfus-Sée.

Birk. *Les nouvelles maladies des enfants* (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 29, 15 Juillet 1932). — B. fait observer qu'on considère comme des maladies nouvelles une série d'affections rentrant dans des groupes différents.

Certaines maladies paraissent vraiment n'avoir jamais été observées, on n'en trouve aucune observation ancienne et souvent c'est l'apparition simultanée de plusieurs cas qui en permet la découverte : telle paraît être l'histoire du syndrome de Feer.

Parfois, cependant, des descriptions anciennes ont pu passer inaperçues et ce n'est que beaucoup plus tard qu'une observation apparemment originale met la maladie en évidence : c'est ainsi qu'Hirschprung a paru décrire une affection nouvelle alors que Ammon et Favelli avaient publié des cas analogues 40 ans plus tôt.

Des maladies à caractère endémique ou épidémique peuvent disparaître puis se reproduire des années après, avec de légères variantes faisant croire à une pathologie nouvelle. La fièvre ganglionnaire dont de nombreux cas ont été observés récemment pourrait être rangée dans ce groupe.

Enfin, la maladie de Bang fournit l'exemple d'une affection limitée aux animaux et qui du fait d'une adaptation microbienne nouvelle est devenue susceptible de créer des troubles chez l'homme et l'enfant. Peut-être d'ailleurs ces faits sont-ils plus anciens qu'on ne le croit, mais demeuraient méconnus, confondus dans le groupe des maladies typhiques.

Ce sont ces diverses affections réapparues ou mises récemment en évidence que B. passe successivement en revue, donnant de chacune une brève description clinique.

La maladie de Feer, acrodynie, pink disease, etc., est décrite tout d'abord avec ses troubles vasomoteurs douloureux, son éruption localisée aux extrémités et ses troubles psychiques caractéristiques.

Les altérations du système nerveux végétatif paraissent prédominer. La guérison est habituelle, sauf complication intercurrente. La thérapeutique, en l'absence de toute donnée étio-pathogénique précise, demeure purement symptomatique.

Les affections nerveuses paraissent plus nombreuses chez l'enfant depuis la guerre (encéphalite léthargique, encéphalites post-infectieuses, épidémies de poliomyélite, maladie de Feer, etc).

Les encéphalites vaccinales sont d'apparition récente. Leur nombre demeure relativement restreint, mais leur importance n'en subsiste par moins, car il s'agit de conséquences graves d'une intervention destinée à prémunir des enfants vis-à-vis d'une affection actuellement rare. En outre, le caractère d'obligation légale de la vaccination rend ces faits plus troublants encore.

500 cas environ ont été publiés en Europe (surtout Hollande, Angleterre, Allemagne), en Amérique et dans les colonies hollandaises d'Asie. Des primo-vaccinations ou des revaccinations ont été en

cause, et l'âge de l'inoculation nocive était variable. Le tableau clinique est polymorphe, l'évolution habituellement rapide, la mortalité élevée (30 à 75 pour 100).

Peut-être certaines mesures prophylactiques pourraient-elles être suggérées. En particulier, la pratique de la vaccination en Octobre, période où la courbe de spasmophilie est à son minimum, serait à préconiser. En outre, on reculerait à un an ou davantage la vaccination d'enfants présentant une hérédité nerveuse chargée ou ayant eu personnellement des manifestations nerveuses.

Les essais d'atténuation de la lymphe vaccinale sont demeurés infructueux. L'utilité de la vaccination antivariolique obligatoire demeure d'ailleurs incontestable, elle est aisément démontrée par la comparaison des statistiques anglaises et allemandes.

La maladie de Bang se rapproche de la fièvre typhoïde, avec une plus grande importance de la diarrhée et une évolution prolongée de la fièvre qui prend un aspect de fièvre ondulante.

Le subictère, les manifestations catarrhales, les douleurs articulaires, l'hypersécrétion vaginale chez la fillette, le gonflement testiculaire du garçon, le gonflement hépato-splénique, sont des caractères non spécifiques. En pratique, il s'agit surtout d'un diagnostic de laboratoire par l'agglutination spécifique. L'isolement sera absolu et le traitement demeure symptomatique.

Enfin, les cas nombreux de fièvre ganglionnaire ne se distinguent guère de la maladie décrite par Pfeiffer, et seules les recherches hématologiques ont apporté au tableau clinique des éléments nouveaux.

Quelques autres maladies nouvelles méritent seulement une citation, car, du fait de leur rareté chez l'enfant, B. n'a pas cru devoir les décrire.

Telles sont les psittacoses, la tularémie observée seulement en Amérique, l'agranulocytose rare dans le jeune âge et n'y présentant nul caractère spécial, la fièvre de 3 jours ou exanthème subit, etc.

G. Dreyfus-Sée.

Michelsen. ***Lésion médullaire tardive après anesthésie rachidienne et sa prophylaxie*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 29, 15 Juillet 1932). — Un malade a présenté après une anesthésie rachidienne des troubles moteurs et sensitifs graves et persistants, dus à une tumeur médullaire qui était un cholestéatome.

Cette observation doit inciter à un examen neurologique approfondi précédant toute anesthésie rachidienne. La recherche systématique des symptômes de méningite chronique éviterait, en effet, nombre de soi-disant séquelles tardives des ponctions lombaires. Après certaines affections aiguës susceptibles de léser les méninges spinales, il peut demeurer une sensibilité locale élective qui rend particulièrement nocive l'action irritante de l'anesthésique.

Un examen complet du malade, entraînant une limitation plus sévère des indications de l'anesthésie rachidienne, est donc indispensable pour éviter les accidents ultérieurs.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Berlin)

Hans Biberstein. ***Thérapeutique immunisante dans les verrues et dans les condylomes*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 24, 11 Juin 1932). — B. expose d'abord les raisons qui lui paraissent en faveur de la théorie qui fait des verrues une infection. Il insiste plus spécialement sur les phénomènes qui parlent en faveur d'une immunité et notamment sur la disparition de beaucoup de verrues après irradiation d'un seul élément. Ces faits l'ont amené à utiliser un vaccin préparé avec un tiers de verrue et deux tiers d'une solution salée. Il a injecté de ce vaccin 0,2 cmc par semaine dans des conditions telles qu'il a fait apparaître chaque fois deux papules intra-cutanées avec 0,1 cmc chacune.

Une première série de recherches ont porté sur 85 malades présentant des verrues ordinaires ou planes et 27 malades présentant des condylomes acuminés. Les résultats ont été favorables dans 75 pour 100 des cas.

Etant donné ces résultats, B. a étendu ses recherches à 168 personnes présentant des verrues ordinaires dont 104 ont pu être revues. Il y a eu sur ce nombre 68 guérisons. Si on compte seulement les cas qui ont été traités par 20 injections, au moins, le nombre des guérisons s'élève à 69,7 pour 100. Sur 37 personnes, présentant des verrues planes, on a observé 21 guérisons (87,7 pour 100). Sur 56 personnes, présentant des condylomes acuminés, on a obtenu 31 guérisons (86,1 pour 100). Divers auteurs ont également obtenu des résultats satisfaisants avec le vaccin de B.

Cette méthode a été étendue à un certain nombre d'autres affections et notamment au papillome du larynx qui paraît être une maladie infectieuse, au papillome de la vessie, au lichen ruber. Il n'a été obtenu aucun résultat.

Les effets comparatifs de la suggestion ont été étudiés en utilisant un vaccin préparé avec de la peau normale. Avec cette méthode, les guérisons obtenues se sont élevées à 30 pour 100 dans les verrues ordinaires (au lieu de 72,5 pour 100) à 28,6 pour 100 dans les verrues planes (au lieu de 90,9 pour 100) et à 20 pour 100 dans les condylomes acuminés (au lieu de 90,4 pour 1000). Inversement, des condylomes acuminés, qui avaient résisté à des injections d'extrait de peau normale, ont guéri sous l'influence du vaccin proprement dit. B., en travaillant avec ces verrues, s'est infecté et n'a pas réussi à se guérir avec 60 injections. Ses verrues ont finalement disparu au moment d'une infection générale.

B. s'est également occupé de la papillomatose animale et plus spécialement de celle du bœuf. Pour cela, le vaccin a été naturellement préparé avec le papillome du bœuf. Sur 17 animaux traités, en général des veaux, tous ont été guéris.

Pour savoir si cette méthode est spécifique ou non, B. a préparé, comme dans le cas de l'homme, des extraits de peau normale. Cet extrait s'est montré également actif. On a constaté également qu'une solution salée et phéniquée fait disparaître les verrues. Néanmoins, le vaccin paraît posséder une action plus sûre et plus rapide, mais les expériences sont encore peu nombreuses. Dans tous les cas, il y a lieu de penser que ces divers traitements, le vaccin spécifique comme la suggestion, agissent par l'intermédiaire du système végétatif. C'est ce que l'auteur croit avoir démontré dans un travail qui paraîtra prochainement. En outre, les effets des méthodes non spécifiques peuvent être renforcés par des moyens spécifiques.

P.-E. Morhardt.

A. Eckstein, F. Sioli, H. Herzberg-Kremmer et **Kurt Herzberg.** ***Nouvelles observations et recherches sur l'encéphalite de la vaccination*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 25, 18 Juin 1932). — E. et ses collaborateurs ont eu l'occasion d'observer 5 malades dont 3 doivent être considérés comme ayant été atteints d'encéphalite de la vaccination. Le quatrième malade a présenté, lui aussi, une affection qui peut avoir été en rapport avec cette encéphalite, tandis que le cinquième malade avait, en réalité, une encéphalo-méningite tuberculeuse.

Dans l'un des cas, on a pu mettre en évidence l'existence de virus dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Dans ce cas, la période de convulsions a été particulièrement prolongée, mais sans élévation de température. Des convulsions de ce genre chez les vaccinés doivent être considérées comme l'expression d'une affection cérébrale sévère et non pas comme des convulsions occasionnelles.

Dans le troisième cas, le virus n'a pu être retrouvé que dans le sang tout d'abord; puis, au cours d'un nouvel accès de convulsions, il a été retrouvé également dans le liquide céphalo-rachidien. Ainsi, une seule constatation négative n'est pas toujours démonstrative. Avec le liquide céphalo-rachidien de ce cas, il a été possible de provoquer chez le lapin une encéphalite vaccinale par injection intracérébrale. Le virus vaccinal s'est montré, après éclosion de l'encéphalite vaccinale, doué de propriétés différentes de celles que présentait la lymphe originale.

Dans le quatrième cas, nourrisson de 18 mois, il est apparu des convulsions quatre jours après la vaccination, puis un état de somnolence. Ultérieurement, on a constaté un retard du développement physique et intellectuel: l'enfant pèse 13 kilogr. au lieu de 16 et mesure 95 cm. au lieu de 100 à 3 ans 1/2. Les auteurs rappellent à ce sujet les observations analogues de Mouriquand.

P.-E. Morhardt.

Juljan Fliederbaum. ***Recherches sur l'influence des troubles de l'équilibre acide-base sur l'origine de l'œdème*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 25, 18 Juin 1932). — F. a d'abord recherché les effets de l'acidose et de l'alcalose expérimentales chez les malades présentant de l'œdème. Il leur a administré pour cela des médicaments acidifiants (acide phosphorique, acide chlorhydrique ou bien soude, magnésie, etc.). En même temps, il a procédé à des analyses de l'urine, de la sueur, de la salive, du suc gastrique, de la bile et du sang.

Il a constaté que, dans ces conditions, la réserve alcaline est diminuée par l'ingestion d'acides et, inversement, augmentée par les alcalins même lorsque ces substances sont administrées par voie entérale. Ainsi, ces substances sont donc résorbées par l'intestin chez les malades atteints d'œdème comme chez les sujets sains. D'autre part, on constate, au bout de deux heures, que l'équilibre acide-base est rétabli. Il faut donc que les acides ou les bases ainsi introduits disparaissent du sang. En tout cas, il a été constaté qu'ils ne sont pas fixés par les érythrocytes ni éliminés par les poumons, par la peau ou par l'urine. Ils doivent donc être fixés par les tissus. C'est le pouvoir d'éliminer les alcalins qui reparaît le premier. Il faut donc admettre que, dans l'organisme œdématié, la rétention d'acide est primitive tandis que la rétention d'alcalin est secondaire et parallèle à l'affinité des acides par les alcalins.

Les recherches de F. ont également porté sur l'influence que possèdent l'acidose et l'alcalose sur les tissus sous-cutanés et sur l'œdème. Pour cela, il a été procédé à des expériences sur l'animal ainsi que sur l'homme. Les acides augmenteraient et les bases diminueraient l'affinité de la peau pour l'eau.

A propos de l'influence des acides et des bases sur le bilan aqueux, F. fait remarquer que les sels d'ammonium n'ont pas la même influence que les acides correspondants. L'ion ammonium aurait donc une influence particulière sur la diurèse. D'un autre côté, les sujets sains ne réagissent pas comme les sujets œdématiés. Dans le premier cas, les acides augmentent l'excrétion rénale et extra-rénale d'eau en même temps qu'ils diminuent l'affinité de la peau pour l'eau. Les alcalins ont une action inverse. Chez les malades avec œdème, les acides ou le régime acide diminuent la diurèse et la perspiration. En même temps, ils augmentent les œdèmes. Chez ces malades, les alcalins ont un effet précisément inverse.

P.-E. Morhardt.

Richard Kohn. ***L'influence de la thyroxine sur l'intoxication par les hypnotiques*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 26, 25 Juin 1932). — La thyroxine possède une action antagoniste à l'égard de beaucoup d'hypnotiques et notamment des dérivés de l'acide barbiturique? Ceux-ci, en effet, déterminent un abaissement de la température et du métabolisme, propriété qui a pu être utilisée en cas de Basedow. C'est ce qui a amené K. à rechercher, d'abord par l'expérimentation, si la thyroxine se montre capable de diminuer la mortalité après administration d'une préparation de véronal (médinal). Ce médicament a été administré à des doses variant de 0,45 à 0,55 milligr. par gramme de poids du corps.

La thyroxine a été administrée à des doses variant de 0,2 à 0,6 milligr. par animal réparties en deux ou trois fois à une ou deux heures d'intervalles, en commençant, au plus tôt, une demi-heure après le début du sommeil. Pour prévenir la paralysie respiratoire, il a été donné, dans quelques cas, du cardiazol. On a constaté ainsi que la dose léthale minima étant de 0,48 à 0,50 milligr. par gramme passe à 0,53 à 0,55 sous l'influence de la thyroxine. Au cours de ces recherches, on a constaté que, quand la température de l'animal descendait au-dessous de 24° la mort survenait.

K. donne ensuite l'observation d'un sujet de 57 ans qui aurait pris 4 tubes de luminal et qui est amené à l'hôpital dans un état soporeux, ne réagissant que très faiblement à des excitations douloureuses fortes, donnant l'impression que le pronostic est très mauvais. On administre des analeptiques et, en outre, de la thyroxine par voie intraveineuse; deux jours plus tard, on continue encore la thérapeutique et le malade commence à se réveiller lentement, puis de plus en plus rapidement. Il survient cependant une névrite toxique du péronier.

En somme, à côté des analeptiques, la thyroxine doit donc être utilisée d'autant plus qu'elle semble, d'après Matsumori, capable de stimuler la respiration. P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

F. Léo. ***Le développement des enfants hérédo-syphilitiques et des enfants sains nés de mère syphilitique*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIV, n° 23, 4 Juin 1932). — Sur 175.108 enfants âgés de moins de 21 ans, observés à Hambourg de 1908 à 1930, la proportion d'hérédo-syphilitiques fut de 0,31 pour 100, c'est-à-dire inférieure aux chiffres fournis par les diverses statistiques et qui varient de 3 à 11 pour 100. La courbe des cas d'hérédo-syphilis diminue d'ailleurs beaucoup depuis 1927, date de l'application de la loi sur la lutte contre les maladies vénériennes.

Dans 263 cas où le résultat du Wassermann de la mère, lors de l'accouchement, était connu, on nota que les enfants nés de mères avec Wassermann positif étaient demeurés sains dans la proportion de 56 pour 100, alors que la proportion était de 76 pour 1.500 pour les enfants nés de mères avec Wassermann négatif. Il importe donc de traiter énergiquement les mères pendant leur grossesse; plus le traitement est énergique, plus grande est la proportion d'enfants bien portants.

Sur 333 enfants nés de mère syphilitique et demeurés sains, 197 (66 pour 100) eurent un développement satisfaisant, 55 (18 pour 100) se développèrent mal et 45 (16 pour 100) moururent de maladies intercurrentes: affections pulmonaires, rougeole, diphtérie, méningite, etc. On nota 17 anomalies chez 14 enfants: hydrocéphalie, hydrocèle, mongolisme, strabisme, vitiligo, spina bifida, etc.

Sur 31 enfants atteints de syphilis héréditaire latente (sans manifestations cliniques, mais avec Wassermann passagèrement +), 19 (83 pour 100) se développèrent normalement, 4 (17 pour 100) se développèrent mal et 8 (27 pour 100) moururent de broncho-pneumonie, de rougeole, de coqueluche et de diphtérie.

Sur 326 enfants avec syphilis héréditaire manifeste, 24 pour 100 se développèrent normalement, 56 pour 100 se développèrent mal et 20 pour 100 moururent des mêmes maladies intercurrentes.

On nota chez ces enfants un certain nombre de malformations (strabisme, nystagmus, crâne en tour, kératite parenchymateuse, déformation palatine, etc.) et de stigmates (bosses frontales, ganglions cubitaux, cicatrices et rhagades, dents d'Hutchinson, ensellure nasale, infantilisme, périostite, iritis, hydrocéphalie, surdité, etc.). 292 enfants présentaient 765 stigmates: 68 avaient un seul stigmate; 64 avaient 2 stigmates; 76, 3 stigmates; 35, 4 stigmates; 25, 5 stigmates; 6 avaient 8 stigmates; 7, 3 stigmates, et 3, 8 stigmates et plus.

Sur 16 enfants nés de père ou de mère hérédo-syphilitique, 13 (81 pour 100) se développèrent normalement. R. Burnier.

Poehlmann. ***Pityriasis lichenoïdes et varioliformis acuta*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCIV, n° 24, 11 Juin 1932). — P. rapporte un cas de cette affection rare, décrite par Mucha en 1916 et dont 43 cas seulement sont publiés dans la littérature, surtout allemande et autrichienne. Il n'existe qu'un seul cas français de Sézary.

Il s'agit d'une fillette de 13 ans qui, à la suite d'une angine, eut un érythème polymorphe disséminé sans ordre et limité aux extrémités. A part un prurit violent, l'état général était conservé. Cet érythème polymorphe montrait, en dehors des lésions typiques du *Pityriasis lichenoides chronica* (parapsoriasis en gouttes de Brocq), des papules vésiculeuses et hémorragiques et des lésions papulo-nécrotiques et varioliformes, laissant une cicatrice superficielle. La durée du processus fut d'environ cinq mois.

Cette affection doit être bien connue des spécialistes, car elle simule à première vue une syphilis secondaire maculo-papuleuse ou papulo-pustuleuse. C'est l'absence des autres signes de syphilis et la réaction de Wassermann négative qui permet d'éviter l'erreur.

On peut aussi errer avec des tuberculides papulo-nécrotiques; mais les lésions du pityriasis sont de couleur différente, elles sont moins infiltrées, et n'ont pas la structure tuberculoïde.

On éliminera aussi la varicelle dont la durée est fugace, et d'autres affections accidentellement vésiculeuses, telles que le lichen plan, le psoriasis.

Toute thérapeutique s'est montrée jusqu'ici réfractaire contre cette variété aiguë du *pityriasis lichenoïdes*. R. Burnier.

Matras. ***Altérations musculaires dans la sclérodermie diffuse de l'extrémité supérieure*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 24, 11 Juin 1932). — M. rapporte l'observation d'un jeune homme de 19 ans, qui à la suite d'une sclérodermie diffuse et très marquée de l'extrémité supérieure droite dut subir l'amputation au tiers supérieur de l'humérus, du fait de l'apparition d'un érysipèle bulleux et gangreneux des doigts et de la main.

L'examen histologique montra, à côté des lésions habituelles de la sclérodermie, des altérations marquées de la musculature, consistant en une dégénérescence des faisceaux musculaires, dans une myosite, avec prolifération du tissu conjonctif interstitiel, entraînant de l'atrophie des fibres musculaires.

Ce cas offre plusieurs points intéressants: l'apparition d'un érysipèle, complication rare d'une sclérodermie diffuse et les altérations de la musculature, qui purent être observées sur des tissus frais à la suite de l'amputation et non pas sur le cadavre, comme dans les cas habituels. R. Burnier.

Moncorps. ***Embolie médicamenteuse après les injections intramusculaires de bismuth*** (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCV, n° 27, 2 Juillet 1932). — M. rapporte 3 cas d'embolie artérielle survenue après des injections intramusculaires de bismogénol.

Dans les 3 cas, le tableau clinique fut identique: quelques minutes à une demi-heure après la piqûre, apparaît une violente douleur qui persiste pendant plusieurs jours. En même temps, un exanthème urticarien, livide ou purpurique, survient en îlots sur la fesse, au-dessous de la piqûre, accompagné d'une infiltration diffuse et très douloureuse de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, plus étendue que la surface de l'exanthème; celui-ci peut persister plusieurs semaines. La température n'est pas modifiée.

Cette embolie artérielle ne survient pas habituellement lors des premières piqûres, mais seulement après la cinquième injection.

Le tableau clinique est suffisamment net pour permettre le diagnostic avec les abcès bismuthiques, septiques ou aseptiques, avec la myosite sclérosante ou avec l'œdème anaphylactique. Celui-ci s'accompagne habituellement d'une fièvre élevée; tous les symptômes disparaissent en deux jours, pour reparaître régulièrement lors des injections suivantes. Au contraire en cas d'embolie, on peut continuer le traitement bismuthique avec précaution, en ayant soin de faire les injections suivantes au-dessous ou au-dessus de l'injection précédente. R. Burnier.

BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

Chassar Moir. ***L'action des préparations de l'ergot de seigle sur l'utérus gravide*** (*British medical journal*, n° 3728, 18 Juin 1932). — Les extraits liquides et solides de l'ergot de seigle préparés suivant les principes de la pharmacopée anglaise de 1914 ont une action stimulante sur l'utérus gravide. Mais la simple poudre d'ergot purifiée a une action similaire. L'extrait liquide a une action rapide: quatre minutes après l'ingestion. Ces extraits agissent d'une manière différente que l'ergotoxine ou l'ergotamine.

L'histamine et la tyramine n'ont pas d'action, par ingestion, sur l'utérus gravide. En injection intramusculaire, l'histamine peut amener de légères contractions mais de courte durée et les symptômes généraux qu'elle produit contre-indiquent son emploi.

Il semble pour C. que les effets caractéristiques et classiques de l'ergot soient dus à une substance qui n'est pas encore identifiée. André Plichet.

W. Harris. ***Observations sur le traitement de la névralgie du trijumeau. Alcoolisation ou opération ?*** (*British medical journal*, n° 3732, 16 Juillet 1932). — Cet article est le résumé de vingt années d'expérience portant sur plusieurs centaines de cas de névralgie du trijumeau.

A cause des risques opératoires: shock, hémorragie, compression cérébrale avec ses conséquences, aphasie et hémiplégie, à cause de la difficulté de la technique, de la perte de temps pour le malade. H. est partisan convaincu de l'alcoolisation du ganglion de Gasser. Il ne se sert pas de l'anesthésie générale, mais après une simple injection de morphine-scopolamine, il atteint le ganglion de Gasser. Il y injecte d'abord quelques gouttes de novocaïne. Le patient indique les territoires périphériques qui sont ainsi anesthésiés et l'on pousse ensuite l'injection d'alcool.

Il est à remarquer que la branche ophtalmique est anesthésiée plus rapidement que les deux autres branches. En poussant davantage l'aiguille, on

anesthésie les autres branches, mais il faut se garder de pénétrer dans le cavum de Meckel; dans ce cas le liquide céphalo-rachidien sort par l'aiguille.

On obtient souvent rapidement l'anesthésie totale des territoires du ganglion de Gasser. Mais la sensibilité reparaît au bout de cinq à dix minutes dans les territoires du maxillaire supérieur et inférieur. Ceci est dû au « shock du ganglion ». Il faut réinjecter de l'alcool pour obtenir une anesthésie définitive.

Dans certains cas, on peut observer, comme d'ailleurs à la suite d'opération, plusieurs années après l'alcoolisation, le retour de la sensibilité dans certains territoires. On est quitte pour refaire une injection d'alcool qui est toujours plus facile à faire qu'une seconde intervention.

Quand la branche ophtalmique est anesthésiée, on risque la kératite neuroparalytique, dont on vient à bout, dans les cas graves, par l'occlusion des paupières. Mais avec une bonne technique, on peut arriver à injecter les 2/3 internes du ganglion de Gasser, ce qui suffit bien souvent à guérir la névralgie du trijumeau.

André Plichet.

Thomas Lewis. *La maladie de Raynaud. Son étiologie* (*British medical journal*, n° 3733, 23 Juillet 1932). — L. n'admet pas l'explication que Maurice Raynaud avait donnée lui-même de la maladie qui porte son nom. Pour L., le trouble essentiel n'est pas dû à une perturbation du système sympathique central, car avec cette théorie on ne peut expliquer la présence du spasme aux seules extrémités, avec l'intégrité de la circulation, par ailleurs. La théorie classique ne peut non plus expliquer les faits suivants: si on plonge la main droite d'un sujet atteint de maladie de Raynaud dans de l'eau à 30° et que l'on expose le reste du corps au froid, l'asphyxie ne se produit pas au niveau de la main réchauffée. Chez un sujet normal, l'anesthésie du cubital produit une vaso-dilatation au niveau du cinquième doigt. Chez un sujet atteint de maladie de Raynaud, l'anesthésie du même nerf ne produit pas d'effet ou un très léger réchauffement. Il faut donc que, dans la maladie de Raynaud, intervienne un trouble des artères périphériques. La sympathicectomie améliore, à la vérité, de tels malades, mais elle ne les guérit pas. Elle augmente le tonus vasomoteur des artères périphériques, mais elle n'enlève pas la cause.

Quand un sujet normal est soumis au froid, il y a bien une vaso-constriction des extrémités, mais l'étroitesse temporaire produite par cette vaso-constriction n'est pas assez grande pour amener les troubles que l'on observe dans la maladie de Raynaud. Dans celle-ci, il y a, sans nul doute, un changement dans la structure des vaisseaux qui les fait réagir différemment à un stimulus local, dans l'espèce, le froid.

La maladie de Raynaud est à rapprocher d'une curieuse maladie que l'on a remarquée ces dernières années, chez les ouvriers qui se servent d'outils ou de machines animés d'un mouvement vibratoire rapide, telles que les machines qui servent à défoncer les chaussées et qui marchent à l'air comprimé. Chez ces ouvriers, on observe un véritable syndrome de Raynaud qui se développe surtout dans les doigts soumis au plus grand nombre de vibrations. Il s'agit là d'un désordre purement local.

Suivent un certain nombre d'observations à l'appui de cette théorie.

André Plichet.

WIENER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Wien)

Löffler et Schweinburg. *Sérum antirabique obtenu par l'expérimentation animale* (*Wiener klinische Wochenschrift*, tome XLV, n° 26, 24 Juin 1932). — Il est facile d'obtenir, par l'immunisation active de l'animal à l'aide du virus rabique, un sérum actif et concentré, neutralisant *in vitro*, mais totalement inactif *in vivo*. Cette discordance a pu sembler paradoxale à nombre d'auteurs, mais on a pu penser qu'elle tenait au fait que le sérum prélevé n'avait pas été en contact avec le système nerveux, au niveau duquel se cantonne le virus de la rage. Les auteurs ont utilisé la méthode de Fröhlich et Zak, consistant à établir une large communication entre le sang et le liquide céphalo-rachidien; grâce à cette méthode, ils réussirent à immuniser 18 lapins vis-à-vis d'une dose de virus 20 fois plus élevée que la dose mortelle. Les auteurs ont cherché également à adjoindre à cette action prophylactique une action curative; ils ont prélevé une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien par ponction sous-occipitale aux lapins immunisés et ont pu, par injection de ce liquide à des lapins infectés, les protéger contre la maladie.

G. Basch.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

J. Paul, R. Salinger et J. Crask. *La poliomyélite abortive* (*The Journal of the American medical Association*, tome XCVIII, n° 26, 25 Juin 1932). — Wickman, le premier, attira l'attention sur la fréquence des formes abortives de la poliomyélite. Les auteurs ont fait une étude épidémiologique fouillée de la question, et par une enquête approfondie dans les familles des malades atteints de poliomyélite vraie, on constate que les formes abortives sont six fois plus fréquentes que les formes normales.

La symptomatologie de cette « petite poliomyélite » est très fruste et peu caractéristique: fièvre, angine, céphalée et vomissements. Mais dans deux cas, il fut possible de mettre en évidence la présence du virus poliomyélitique par inoculation au singe d'un liquide de gargarisme prélevé le premier jour de la maladie. Comme, d'autre part, le maximum de fréquence de cette affection se trouve entre 1 et 9 ans, comme la poliomyélite vraie, il semble vraisemblable d'admettre une étiologie commune pour ces deux maladies si dissemblables.

R. Rivoire.

A. Abt et B. Reynold Nagel. *Prophylaxie de l'anémie des enfants prématurés : emploi de diverses substances dans le but de prévenir le développement de « l'anémie physiologique » des enfants nés avant terme; communication préliminaire* (*The Journal of the Americain medical Association*, tome XCVIII, n° 26, 25 Juin 1932). — L'anémie physiologique des enfants nés avant terme est encore inexpliquée, et aucune méthode thérapeutique ne s'est jusqu'ici montrée capable d'en prévenir l'apparition. Les auteurs ont entrepris une étude systématique de la question à la crèche des nourrissons prématurés de Chicago, et ont essayé l'administration de substances antianémiques variées dans l'espoir d'empêcher la chute des globules rouges. Les extraits de foie et d'estomac se sont montrés absolument inactifs, mais la combinaison d'extrait hépatique et de sels de fer a diminué dans une certaine mesure l'intensité de l'anémie, sans que cette diminution soit suffisante pour permettre d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence. La cause et la prophylaxie de cette anémie des nouveau-nés restent encore sans solution.

R. Rivoire.

J. White. *Disparition des douleurs de l'anévrisme aortique après injection paravertébrale de cocaïne et d'alcool* (*The Journal of the American medical Association*, tome XCIX, n° 1, 2 Juillet 1932). — W. a obtenu dans 3 cas d'anévrisme aortique très douloureux une sédation totale des douleurs par l'alcoolisation des ganglions sympathiques dorsaux supérieurs, en utilisant la technique préconisée pour le traitement de l'angine de poitrine; avant l'alcoolisation, une injection préliminaire de cocaïne était faite pour vérifier l'efficacité du blocage: dans un cas, cette injection de cocaïne seule amena une sédation des douleurs pendant plusieurs semaines. Alors que dans le traitement de l'angine de poitrine une alcoolisation de 5 à 6 ganglions est nécessaire, dans les 3 cas d'anévrisme la douleur disparut totalement après alcoolisation du premier et deuxième ganglion dorsal seulement: l'intervention est donc plus facile.

Si l'alcoolisation sympathique donne des résultats inférieurs à la ganglionectomie dans l'angine de poitrine, il ne fait pas de doute que chez des malades porteurs d'un anévrisme aortique avancé, où toute intervention chirurgicale est contre-indiquée, les injections para-vertébrales d'alcool sont une méthode intéressante permettant d'obtenir un soulagement considérable des douleurs terribles du patient.

R. Rivoire.

J. Black. *Quelques problèmes urgents dans le domaine de l'allergie* (*The Journal of the American medical Association*, tome XCIX, n° 1, 2 Juillet 1932). — B. passe en revue les points encore contradictoires et discordants dans la théorie de l'allergie. En particulier, il est encore impossible de dire si la prédisposition héréditaire aux malades allergiques est due à la transmission d'une tare anatomique précise, et, dans l'affirmative, de quelle lésion il s'agit. De même les relations entre l'allergie d'une part, les glandes endocrines et le système nerveux végétatif d'autre part, si elles sont indiscutables, restent encore tout à fait imprécises. La découverte de la « réagine » anticorps, existant dans le sang de certains sujets allergiques, a semblé apporter un substratum humoral à la doctrine de l'allergie: mais il est maintenant indiscutable que cette « réagine » manque dans le sang de certains sujets hypersensibles, et qu'elle augmente d'ordinaire après un traitement ayant amené la désensibilisation; cet anticorps ne semble donc pas jouer un rôle important dans le déterminisme des accidents allergiques.

R. Rivoire.

A. Rowe et O. Garrison. *La lipodystrophie : atrophie et tuméfaction du tissu sous-cutané dues aux injections d'insuline* (*The Journal of the American medical Association*, tome XCIX, n° 1, 2 Juillet 1932). — R. et G. font, à l'occasion de trois cas personnels, une revue générale de la question des lipodystrophies post-insuliniques. L'atrophie sous-cutanée, qui s'observe environ 1 fois sur 20 chez les diabétiques soumis à un traitement insulinique prolongé, semble due à une altération mécanique des cellules graisseuses, et non à la présence de lipase dans l'insuline, comme certains auteurs l'avaient suggéré : les auteurs ont en effet observé une atrophie identique chez une malade soumise à des injections répétées de pollen pour le traitement d'un asthme des foins.

Chez un enfant de 7 ans, traité par l'insuline depuis sa naissance, les auteurs ont observé une lipodystrophie d'un autre type, caractérisée par une tuméfaction localisée de la cuisse, analogue à celle d'un huilome, qui s'atténua assez rapidement lorsque les injections d'insuline furent faites en d'autres parties du corps. La pathogénie de cette tuméfaction est fort obscure.

R. Rivoire.

T. Jones et J. Jacobs. *Le traitement de la chorée prolongée par le nirvanol* (*The Journal of the American medical Association*, tome XCIX, n° 1, 2 Juillet 1932). — Les auteurs allemands ayant depuis quelques années vanté le nirvanol (phényl-éthyl-hydantoin) pour le traitement de la chorée,

J. et J. ont essayé cette thérapeutique chez trois malades atteints de chorée persistante, ayant résisté à toutes les thérapeutiques. Dans les trois cas, malgré l'apparition de la « maladie nirvanique » (rash, fièvre, éosinophilie), la chorée ne fut en rien modifiée. Par contre cette médication détermina chez un des sujets l'apparition d'un syndrome hémorragique intense, compliqué d'un foyer pulmonaire; la mort ne fut évitée que par miracle. Le moins que l'on puisse dire du nivarnol, c'est qu'il s'agit d'un médicament dangereux et d'efficacité très douteuse. R. Rivoire.

C. Brown, S. Cromer, E. Jenkinson et N. Gilbert. ***Le traitement des ulcères gastro-duodénaux par la mucine : communication préliminaire des résultats objectifs observés chez des malades atteints d'ulcères persistants*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCIX, n° 2, 9 Juillet 1932). — Fogelson en 1931 publia des résultats encourageants de traitement des ulcères par la mucine gastrique; d'autre part Joy démontra que l'administration de mucine empêche l'apparition d'ulcères chez le chien muni d'une fistule biliaire. Ces résultats décidèrent B., C., J. et G. à faire un essai clinique de cette thérapeutique nouvelle sur une vaste échelle. Trente-sept malades atteints d'ulcères chroniques ayant antérieurement résisté à toutes les thérapeutiques furent choisis, et le traitement par la mucine institué : dans trente-six cas, cette thérapeutique aboutit en quelques jours à la disposition des signes fonctionnels et des signes objectifs (hémorragies occultes, hyperacidité), et à une amélioration nette des signes radiologiques. Chez aucun de ces malades n'est survenu de récidives à l'heure actuelle. Le seul cas où la mucine n'amena aucune amélioration se révéla à l'intervention une ulcération néoplasique.

Il semble que la mucine représente une acquisition thérapeutique très intéressante en gastro-entérologie.

R. Rivoire.

BULLETIN OF THE JOHNS HOPKINS HOPITAL (Baltimore)

A. Rice Rich. ***Pathologie de 19 cas d'une forme particulière et spécifique de néphrite associée à la syphilis acquise*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome L, n° 6, Juin 1932). — R. apporte la description histologique illustrée de très belles figures d'une forme de néphrite associée à la syphilis acquise, qu'il considère comme rare et jamais décrite jusqu'ici. Il l'a rencontrée dans 6,5 pour 100 de 200 autopsies dans lesquelles il y avait des lésions syphilitiques typiques des autres organes et dans 5 cas où il n'y avait aucune autre lésion anatomique de syphilis, mais où la preuve de l'existence de la syphilis était fournie par la clinique (réaction de Wassermann positive). Ces lésions cherchées minutieusement dans 400 autopsies de contrôle n'ont jamais été trouvées en l'absence de syphilis. Il estime donc qu'on peut considérer cette néphrite comme véritablement syphilitique.

Les lésions caractéristiques semblent stéréotypées et superposables dans les 19 cas de néphrites observées. Dans les cas légers, il n'existe macroscopiquement que quelques taches gris jaunes, brillantes, disséminées çà et là sous la capsule. Dans les cas plus avancés, si la surface reste lisse, les grains brillants, ressemblant à des grains de sable, sont très nombreux et peuvent atteindre un diamètre de plusieurs millimètres. A la coupe, on voit de véritables raies grises ou gris jaune contenant les grains brillants, s'étendant vers la médullaire. Dans les cas plus avancés, on voit des cicatrices plus ou moins grandes.

Microscopiquement, la lésion consiste en des petits foyers denses de cellules mononucléaires situées dans le tissu interstitiel, surtout dans le tissu cortical, soit sous la capsule, soit dans les couches plus profondes. On trouve aussi des amas de monocytes autour des vaisseaux, dans la capsule, dans le tissu péricapsulaire. Les cellules sont surtout des lymphocytes, mais aussi des gros lymphocytes, des macrophages, des cellules plasmatiques et dans quelques cas des éosinophiles. Les amas cellulaires envahissent irrégulièrement le tissu cellulaire, le compriment et semblent projetés dans la lumière des tubes. Ces nodules inflammatoires paraissent commencer dans la paroi des tubes contournés voisine d'une zone d'inflammation interstitielle.

La seconde caractéristique de cette forme de néphrite est la présence de cristaux dans la lumière des tubes adjacents aux zones d'inflammation interstitielle. Ces cristaux ont la forme et les caractères chimiques des cristaux de cholestérol.

L'extension du processus varie beaucoup suivant les cas; de nombreux tubes peuvent être oblitérés et remplacés par une infiltration dense à mononucléaires, les glomérules peuvent aussi être pris dans la zone inflammatoire et détruits.

Ces lésions rénales surviennent en général à la période tertiaire de la syphilis.

Si, dans la plupart des cas, les signes cliniques étaient ceux d'une néphrite chronique banale, dans quelques-uns, il n'y avait pas d'albuminurie. L'association d'aortite et d'anévrisme de l'aorte est très fréquemment notée.

Robert Clément.

E. Cowles Andrus. ***Hyperthyroïdie et diabète sucré*** (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome L, n° 6, Juin 1932). — La coïncidence d'hyperthyroïdie. Or, sur 200 malades opérés dans le service que le nombre de diabètes sucrés observés dans un groupe de malades pris au hasard dans un service de chirurgie. Sur 200 malades atteints d'hyperthyroïdie, C. a trouvé 55 cas de glycosurie (27 pour 100); 3 de ceux-ci (1,5 pour 100 du total) avaient un diabète vrai. Sur 400 cas de diabète sucré, 5 (1,2 pour 100) furent compliqués d'hyperthyroïdie. Or, sur 200 malades opérés dans le service de chirurgie de l'hôpital Johns Hopkins, 20 (10 pour 100) présentaient un diabète sucré.

L'étude de 2 cas où diabète sucré et hyperthyroïdie coexistaient permet de se rendre compte du contraste présenté quant au métabolisme des hydrates de carbone entre l'hyperthyroïdie et le diabète sucré.

Au dire des malades, dans un cas l'hyperfonctionnement thyroïdien avait compliqué le diabète; dans l'autre, le diabète semblait secondaire. Au cours de l'hyperthyroïdie, l'hyperglycémie, la glycosurie furent souvent notées et les épreuves de la glycosurie et de la glycémie provoquées sont positives. L'administration d'extrait thyroïdien ou de thyroxine diminue le glycogène hépatique et musculaire.

Au cours de l'hyperthyroïdie, le trouble du métabolisme consiste plus dans une chute rapide du glycogène que dans la diminution de la capacité de l'organisme à emmaganiser les hydrates de carbone. Le diabétique a une tolérance limitée pour les hydrates de carbone, un excès de ceux-ci aboutit à la glycosurie. Le basedowien brûle plus d'hydrates de carbone qu'il n'en reçoit, le diabète moins. La superposition des 2 syndromes ajoute au métabolisme incomplet des hydrates de carbone du diabète des besoins anormaux de ceux-ci du fait de l'augmentation du métabolisme basal et de la glycogénolyse.

Un cas moyen de diabète est aggravé par l'apparition d'hyperthyroïdie et, dans les cas sévères, l'acidose et le coma peuvent être hâtés. La plupart de ces cas bénéficient d'une thyroïdectomie subtotale à la condition que le malade soit préparé minutieusement à l'opération par le repos, l'administration de lugol, un régime riche en hydrates de carbone dont la tolérance sera augmentée par une quantité suffisante d'insuline. Si l'on n'obtient pas toujours l'absence de sucre dans les urines, on doit s'efforcer d'obtenir l'absence de corps cétoniques avant l'intervention.

Robert Clément.

SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS (Chicago)

Fr. W. Bancroft et M. Stanley-Brown (New-York). ***Thrombose post-opératoire, thrombophlébite et embolie*** (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, tome LIV, n° 6, Juin 1932). — B. et St-B. ont longuement étudié la question des thrombo-phlébites post-opératoires en particulier par l'examen de la coagulabilité sanguine.

Il est d'abord une série de précautions à prendre pour éviter ces complications veineuses.

Dans les opérations abdominales, on s'efforcera de diminuer les nausées et les vomissements pour mettre au repos la paroi abdominale et le champ opératoire. En cas de péritonite et dans les opérations sur l'étage supérieur de l'abdomen, ils conseillent l'emploi d'une sonde stomacale introduite par une narine.

Il faut pendant l'opération ménager la graisse sous-cutanée, éviter les traumatismes par les écarteurs; le lavage de la graisse avec de l'éther avant la suture de la plaie est à conseiller pour dissoudre la graisse libre.

On préviendra le ralentissement du cours du sang par des exercices appropriés des membres dès le 3e jour.

On évitera l'infection et la déshydratation et on réduira le pansement au minimum.

Plus importante est l'étude de la coagulation du sang qu'on devra pratiquer avant l'opération, le 5e jour et le 9e jour après l'opération; on établira ainsi l'index de coagulation :

$$\frac{\text{prothrombine} + \text{fibrinogène}}{\text{antithrombine}}$$

Quand cet indice est supérieur à 1, c'est le signe d'une tendance marquée à la coagulation; au-dessous de 0,3 il y a tendance au saignement.

On peut distinguer 3 groupes :

1° Malades avec indice post-opératoire normal. Ce groupe (65 pour 100) s'accompagne d'une convalescence post-opératoire normale.

2° Malades avec indice élevé sans lésions vasculaires périphériques appréciables (environ 34 pour 100); presque toujours ici la convalescence est anormale : fièvre persistante, etc.

3° Malades ayant présenté des thromboses (27 cas dont 4 avec phlébite). Chez tous l'indice était élevé.

Dans les cas où l'indice est élevé, on peut essayer de l'améliorer par le régime et les médicaments intraveineux; on donnera un régime pauvre en graisse et en protéines, et on pratiquera des injections intraveineuses d'hyposulfite de soude (10 cmc d'une solution à 10 pour 100 trois jours de suite, renouvelés après 2 ou 3 jours si les résultats sont insuffisants).

Dans 50 pour 100 des cas, on obtient ainsi une amélioration; mais ce traitement n'agit plus dans les cas de phlébite déjà avancée. M. Gibbé.

ANNALS OF SURGERY (Philadelphie)

I. J. Vidgoff. ***Obstruction intestinale aiguë*** (*Annals of Surgery*, tome XCV, n° 6, Juin 1932). — **N. W. Cornell.** ***Obstruction intestinale aiguë au New-York Hospital; analyse de 235 cas*** (*Annals of Surgery*, tome XCV, n° 6, Juin 1932). — **T. Koslin.** ***Obstruction intestinale aiguë; rapport***

de 185 cas (*Annals of Surgery*, tome XCV, n° 6, Juin 1932). — V. étudie 266 cas d'obstruction intestinale observés de 1925 à 1930. La mortalité a été de 45,9 pour 100. La cause la plus commune a été les adhérences antérieures (170 cas); le traitement préventif consisterait donc dans l'opération précoce de l'appendicite et la péritonisation soignée dans les opérations pelviennes.

La radiographie sans utilisation de milieu opaque a conduit à un diagnostic positif dans 71 pour 100 des cas; faite à l'hôpital, pendant qu'on prépare l'opération, elle fait perdre peu de temps. Mais elle n'est pas indispensable et ne doit pas être faite par le médecin de famille.

Il y a peu de différence dans la quantité de chlorures sanguins entre les malades qui meurent et ceux qui guérissent. L'emploi de solutions hypertoniques n'est pas supérieur à celui de solutions salines normales; la quantité de liquide est la seule chose importante.

L'anesthésie locale a donné près du double de mortalité que l'anesthésie à l'éther ou spinale. Cela tient à ce qu'elle fut réservée aux mauvais cas.

L'entérostomie n'a pas une mortalité plus basse que la résection, excepté dans quelques cas d'iléus adynamique. Si on l'emploie, il vaut mieux sectionner l'intestin extériorisé qu'y introduire un drain. S'il y a obstacle à la circulation sanguine de l'intestin, il vaut mieux vider le contenu intestinal pendant que le malade est sur la table d'opération.

C. rapporte 235 cas d'occlusion intestinale aiguë observés dans le même hôpital. La mortalité a été de 51,48 pour 100. L'âge moyen était de 32 ans et il y avait 118 hommes et 117 femmes. La durée moyenne des symptômes avant le traitement a été de 3 jours 9. Dans 19 cas on a constaté aux rayons X la distension gazeuse de l'intestin grêle, ce qui peut aider le diagnostic au début. Il y a eu 218 opérations primitives et 49 secondaires avec une mortalité de 58,4 pour 100. L'entérostomie simple a donné une mortalité de 75 pour 100, au lieu de 43,67 pour les autres procédés; il est vrai qu'il s'agissait souvent de cas plus graves. L'anesthésie locale s'accompagne également d'une mortalité plus grande (21 décès sur 29) que l'anesthésie générale (86 décès sur 185.).

K. a recueilli 185 cas d'occlusion intestinale aiguë dans le même hôpital avec une mortalité de 38,38 pour 100; 112 étaient des hommes et 73 des femmes. Dans 66 cas il s'agissait de hernies étranglées, 12 cas étaient dus à des adhérences après appendicectomies plus ou moins anciennes, dont 4 drainées.

M. Guimbellot.

ARCHIVES OF INTERNAL MEDECINE (Chicago)

Th. Lewis (Londres). ***La douleur dans l'ischémie musculaire; ses rapports avec la douleur angineuse*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 5, Mai 1932). — Dans ce travail d'une analyse très pénétrante, L. cherche à élucider la pathogénie de la douleur caractéristique de l'angine de poitrine. L'idée qu'elle relève de l'ischémie du myocarde est déjà ancienne; elle a gagné sans cesse des partisans (Balfour, Huchard, Mackensie).

L. s'appuie sur la comparaison avec la douleur qui se produit dans un membre en activité rendu ischémique. On a alors attribué la douleur au spasme artériel, mais les recherches pléthysmographiques de L. montrent que la douleur continue malgré que, la compression étant cessée, le muscle reçoive un apport sanguin considérable.

La douleur est bien d'origine musculaire, comme le pensait Charcot, qui toutefois croyait à une sorte de crampe musculaire rappelant la rigidité cadavérique.

Si l'on fait exécuter de vigoureux mouvements de serrement à raison d'un par seconde, la circulation étant arrêtée au moyen d'un brassard sphygmomanométrique, la douleur commence de vingt-cinq à quarante-cinq secondes après le début de l'exercice, croît graduellement en intensité, rendant la continuation de l'exercice intolérable de façon très constante, vers la soixante-dixième seconde. De caractère très spécial, continue, elle n'augmente pas notablement avec la contraction musculaire et ne cesse pas avec la fin de la compression. Elle n'est pas le résultat d'une crampe, car on ne trouve aucun signe de contraction tonique. Il persiste un endolorissement prolongé quand la douleur a disparu. Comme le montrent les expériences variées de L., simples à réaliser et qu'il a ingénieusement interprétées, la douleur ne résulte pas non plus d'un manque d'oxygène, mais de l'activité musculaire elle-même, le stimulus algogène dérivant immédiatement du processus physiologique de la contraction, mais manifestant son action en réalité au niveau des espaces tissulaires.

A la lumière de ses observations sur le muscle locomoteur, L. étudie la douleur angineuse qu'il rapporte aussi à une ischémie relative du myocarde pouvant relever de causes diverses (insuffisance de l'apport sanguin, le travail musculaire restant constant; défaut d'accroissement suffisant de cet apport, le travail augmentant).

Un des arguments les plus puissants est la symptomatologie de l'occlusion coronarienne aiguë, dont la douleur est identique à celle de l'angine de poitrine. Les expériences de Sutton et Luth sur l'animal confirment cette opinion.

Le spasme des vaisseaux, d'où résulte un apport sanguin insuffisant pour le travail effectué, rend compte du caractère paroxystique de l'angine de poitrine, ce qu'est incapable de faire la théorie de la tension exagérée de la paroi aortique, qui manque d'ailleurs de justifications cliniques et expérimentales.

D'autre part, dans le type d'angine qui se voit chez de vieux cardiaques atteints d'insuffisance aortique prononcée, qui survient au repos et se montre très sensible au nitrite d'amyle, l'observation minutieuse du pouls et de la pression artérielle montre que, tandis que les crises s'accompagnent d'élévation de la pression et d'accélération du pouls, les périodes de douleur ne correspondent pas avec une exactitude suffisante aux périodes durant lesquelles la pression et le pouls égalent ou dépassent les niveaux critiques pour lesquels se déclenchent les crises. C'est qu'il intervient un facteur, qui est l'état variable du tonus propre des vaisseaux coronaires, pour expliquer ces discordances.

Enfin, l'action du nitrite d'amyle sur l'accès est facile à expliquer avec la théorie de l'ischémie musculaire, tandis que la théorie de l'hypertension ne s'accorde guère avec les phénomènes observés. En effet, si l'on constate parfois une chute de la pression pendant que la douleur s'atténue, d'ordinaire cette chute fait défaut ou même on constate une légère élévation de la pression, ou bien encore on voit la douleur persister, alors que la pression a baissé. Au contraire, le soulagement apporté s'explique facilement avec la théorie de l'ischémie musculaire, le nitrite dilatant les vaisseaux coronaires. Elle rend compte encore de l'inefficacité de ce médicament dans l'occlusion coronarienne.

P.-L. Marie.

J. E. Moore, J. H. Danglade et J. C. Reisinger. ***Traitement de la syphilis cardio-vasculaire. Résultats obtenus dans 53 cas d'anévrysme aortique et 112 cas d'insuffisance aortique*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 6, Juin 1932). — De l'importante étude de M., D. et R., il ressort que la syphilis cardiovasculaire se développe chez les sujets traités au début de leur syphilis, en raison inverse de l'intensité de la thérapeutique mise en œuvre à cette période. Aucun des 117 patients, qui subirent précocement trois cures d'arsénobenzol associées à un traitement mercuriel intercalaire, ne présenta ultérieurement d'atteinte cardio-vasculaire tandis que 24 des 285 malades, qui avaient eu un traitement moins intense, eurent des lésions aortiques.

Sur 6.420 patients présentant des formes variées de syphilis tardive observés à l'Hôpital Johns Hopkins, 10 pour 100 avaient de la syphilis cardio-vasculaire, dont 2,7 pour 100 de l'insuffisance aortique et 1,2 pour 100 un anévrysme aortique. Les hommes sont deux fois plus atteints que les femmes et les noirs deux fois plus que les blancs. Les autopsies indiquent une fréquence bien plus grande encore de l'atteinte cardio-vasculaire chez les anciens syphilitiques, la proportion atteignant 70 à 90 pour 100 selon les statistiques. La majorité des cas d'anévrysme et d'insuffisance aortique se voient autour de 50 ans, les blancs étant atteints plus tardivement que les noirs et les hommes plus tard que les femmes.

Près de la moitié des malades atteints de syphilis cardio-vasculaire ne purent se rappeler avoir été contaminés. Il semble que la syphilis à début asymptomatique soit chose fréquente. Le délai moyen entre l'infection et le développement des symptômes cardio-vasculaires est de vingt ans environ.

Chez 20 des 165 malades des auteurs, l'anévrysme ou l'insuffisance aortique n'avaient pas déterminé de symptômes et avaient été découverts fortuitement. Le début des troubles fut d'ordinaire brusque. Tous les patients, sauf 13, avaient été soumis à des travaux pénibles.

Les accidents cardio-vasculaires s'associaient le plus souvent à une atteinte du système nerveux central, rencontrée chez 18 pour 100 des malades, et en particulier au tabes. En outre, chez 17 pour 100, il existait des modifications du liquide céphalo-rachidien, ce qui porta la proportion de la neuro-syphilis associée à 35 pour 100.

98 pour 100 des malades porteurs d'anévrysmes et 96 pour 100 des insuffisants aortiques avaient un Wassermann positif dans le sang que d'ordinaire le traitement n'arriva pas à rendre négatif. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'inquiéter des modifications éventuelles de la réaction pour diriger la thérapeutique.

89 pour 100 des patients n'avaient pas été soignés pour leur syphilis ancienne. Parmi les autres, aucun n'avait eu ses premiers accidents syphilitiques convenablement traités; seuls, 4 avaient eu jadis de l'arsénobenzol, et aucun de ceux-ci n'avait reçu plus de 3 injections. Voilà autant d'arguments en faveur du traitement intensif de la syphilis à son début. Cela indique également que la thérapeutique antisyphilitique moderne n'est probablement pas responsable de l'apparente augmentation de fréquence de la syphilis aortique.

M., D. et R. précisent leur thérapeutique basée sur l'emploi des toni-cardiaques, des iodures (4 gr. par jour), de l'arsénobenzol et d'un dérivé arsénobenzolique combiné au bismuth qu'ils injectent dans les muscles pendant des années, à doses prudemment progressives, de façon à éviter les réactions fâcheuses qui avaient fait rejeter l'usage de l'arsénobenzol: mort subite pendant ou après l'injection due probablement à la fibrillation ventriculaire, mort subite survenant vingt-quatre à quarante-huit heures après l'injection due au choc thérapeutique (réaction de Herxheimer) et mort par décompensation cardiaque liée à la thérapeutique.

Avec cette méthode et en subdivisant les cas en 4 groupes d'après l'importance du traitement administré, on constate que chez 22 malades atteints d'anévrysme non traités ou peu traités, la mortalité atteignit 90 pour 100 avec une durée moyenne de vie de dix-neuf mois depuis le début des symptômes, et que chez 15 patients convenablement traités, la mortalité fut de 40 pour 100 avec une durée moyenne de vie de soixante-quinze mois. Pour 57 cas d'insuffisance aortique non traités ou peu traités, la mortalité s'éleva à 91 pour


CRINEX
ACTIVE "PER OS"
"FIXE UN JOUR FIXE"
ÉCHANTILLONS
A
VOLONTÉ
28

100 avec une durée moyenne de vie de trente mois, tandis que chez 25 malades bien traités, ces chiffres étaient respectivement de 16 pour 100 et de soixante et onze mois. L'apparition de phénomènes d'asystolie avant ou après le traitement offre une importance pronostique considérable. Parmi les 56 malades survivants, 21 n'ont pas de troubles et sont capables de travailler, 26 gardent quelques symptômes, mais peuvent faire un travail facile, 9 sont des invalides. Mieux le traitement a été conduit, et plus il y a de chances de voir les patients redevenir capables de travailler. On arrive souvent à obtenir une amélioration des symptômes subjectifs et l'on peut d'autant plus y compter que le traitement a été poussé davantage. Les signes physiques se modifient rarement; lorsqu'ils changent, leurs modifications prêtent à discussion. Parmi ces 165 malades, 57 succombèrent à une asystolie progressive, 28, dont 10 porteurs d'anévrysme, moururent subitement; la cause de la mort resta inconnue chez 11; enfin chez 13, la syphilis cardio-vasculaire fut étrangère au décès.

Se basant sur les résultats obtenus et les réactions observées, M., D. et R. classent selon leurs mérites les arsenicaux dans l'ordre suivant: novarsénobenzol, bismarsène, arsénobenzol argentique. L'ancien arsénobenzol (606) doit être proscrit chez ces malades. L'usage de la tryparsamide sera limité aux malades atteints de complications nerveuses.

En somme, après avoir abandonné pendant un certain temps le traitement spécifique de la syphilis aortique, M., D. et R. y sont revenus, car ils ont vu que, convenablement conduit et associé au traitement médical général approprié, il prolonge la vie, atténue les symptômes et conserve la capacité de travail ou diminue les périodes d'invalidité.

P.-L. Marie.

G. Cheney et **F. Niemand.** ***Rapport possible entre l'insuffisance pancréatique et l'anémie pernicieuse*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 6 Juin 1932). — D'après les récentes recherches de Whipple, de Minot et de Castle, l'anémie pernicieuse serait une maladie par carence résultant d'une insuffisance d'un dérivé des protéines indispensable à la maturation des hématies, insuffisance qui tiendrait en partie à un apport trop faible des protéines convenables, telles que celles que renferment le foie, l'estomac, en partie à une digestion imparfaite des protéines moins adéquates, telles que celle de la viande de bœuf. Ayant pu améliorer les malades atteints d'anémie pernicieuse en leur donnant de la viande de bœuf digérée au moyen de suc gastrique humain, Castle en a conclu que la cause de cet état est liée à l'achylie gastrique et il attribue cette digestion insuffisante à l'absence d'un élément spécial dans le suc gastrique, le « facteur intrinsèque inconnu », qui n'est ni l'acide chlorhydrique ni la pepsine.

Les récentes recherches de C. et N. sur le contenu gastrique et duodénal à jeun les ont amenés à penser qu'il existait dans l'anémie pernicieuse, en plus de l'achylie gastrique, une insuffisance prononcée des ferments pancréatiques, surtout de la trypsine. D'autre part, la macrocytose caractéristique de cette affection se rencontrerait souvent lors des troubles pancréatiques.

Les tentatives d'alimentation au moyen de viande de bœuf digérée par de la trypsine n'ont pas réussi à modifier la formule hématologique des cas d'anémie pernicieuse traités. Par contre, avec de la viande digérée au moyen d'un suc gastrique artificiel contenant de l'acide chlorhydrique, de la pepsine et de la trypsine, C. et N. ont pu obtenir dans l'anémie pernicieuse et dans la sprue une amélioration de la formule sanguine semblable à celle que Castle a observée. Ils ont noté aussi des modifications dans le diamètre moyen des hématies qui sont caractéristiques de la rémission à son début lorsqu'on fait de l'hépatothérapie. Dans 2 cas où ils n'employèrent que de très petites quantités de trypsine dans leur mélange digestif, ces modifications de taille se produisirent, mais l'amélioration ne se poursuivit pas au delà.

En somme, ces expériences montrent que la viande de bœuf digérée par l'acide chlorhydrique, la pepsine et la trypsine engendre le facteur de maturation des hématies nécessaires pour produire toutes les modifications caractéristiques de la rémission dans l'anémie pernicieuse. Ces modifications ne sont pas aussi prononcées qu'avec l'hépatothérapie instituée à doses convenables, mais elles sont semblables à celles qu'on obtient avec des doses insuffisantes de foie. Il semble que la carence du dérivé des protéines dans l'anémie pernicieuse soit due à un défaut de la digestion peptique et tryptique à la fois, et la trypsine pourrait bien être le facteur intrinsèque inconnu de Castle.

P.-L. Marie.

H. R. Miller et **A. Feldmans.** ***L'administration prolongée de doses massives d'urée dans l'hydropisie cardiaque*** (*Archives of internal Medicine*, tome XLIX, n° 6, Juin 1932). — A une série de cardiaques asystoliques, indemnes de complications rénales, présentant des œdèmes généralisés, M. et F. ont fait prendre, deux à trois fois par jour, des doses de 10 à 25 gr. d'urée en solution à 40 pour 100, pendant des périodes considérables, atteignant jusqu'à trois ans. A ces doses, l'urée se montre souvent un diurétique remarquable, fréquemment capable, à lui seul, de maintenir les malades sans œdème, mais demandant parfois l'adjonction d'autres diurétiques. Son action peut se manifester même au cas de fibrillation auriculaire.

Une fois les symptômes d'insuffisance cardiaque conjurés, l'urée est précieuse pour en prévenir le retour. Elle tend à stabiliser le poids des malades à un niveau peu élevé et constant, sans que les œdèmes se reproduisent, pendant des mois, voire des années. Pendant ce temps, les patients ont souvent pu se passer du régime déchloruré et d'une stricte limitation des boissons.

L'usage prolongé des doses massives d'urée est sans inconvénient; en particulier, elles n'altèrent pas le fonctionnement du rein et respectent sa structure histologique.

P.-L. Marie.

ARCHIVIO DI ORTOPEDIA
(Milan)

G. Peracchia (Milan). ***Les arthropathies hémophiliques; faits cliniques, recherches hématologiques*** (*Archivio di Ortopedia*, tome XLVIII, n° 2, 30 Juin 1932). — L'observation complète de 4 cas, et les renseignements obtenus sur 3 autres cas de leurs familles, servent de base à cette étude détaillée de l'arthrite hémophilique. La partie personnelle du mémoire a rapport à l'examen du sang des hémophiles, et de leur sérum additionné de solutions hypertoniques de chlorure de sodium et de sulfate de magnésie. De ses recherches, P. conclut que le retard notable et parfois l'absence totale ou presque de la coagulation du sang paraissent dus, au moins chez les hémophiles étudiés, à une altération du thrombogène et de la thrombokinase, et que, par contre, le sang ne contient aucune substance anti-coagulante et ne présente aucune modification ni du calcium ni du fibrinogène. En l'état actuel de nos connaissances, il n'est pas possible de dire quelle est la cause de l'insuffisance des substances nécessaires à la coagulation normale du sang.

Au point de vue du traitement, la ponction de l'hémarthrose suivie d'un pansement compressif et d'une immobilisation dans une gouttière plâtrée sont indiqués. La ponction veineuse au pli du coude, soit pour l'examen du sang soit pour l'injection de liquides, s'est toujours montrée sans dangers. Elle a permis les transfusions de sang total citraté qui, les observations en font foi, ont eu dans tous les cas une efficacité remarquable.

P. Guisel.

A MEDICINA CONTEMPORANEA
(Lisboa)

J. P. Caldas. ***Etude de la muqueuse du tube digestif*** (*A Medicina contemporanea*, tome L, n° 23, 5 Juin 1932). — C. adjoint à la méthode d'examen radiologique classique, par réplétion des cavités de substance opaque, la méthode de « visualisation » de la muqueuse par imprégnation de dioxyde de thorium.

Forsell avait magistralement décrit les mouvements des parois digestives, manifestant l'autoplasticité de la muqueuse. C. apporte des clichés démonstratifs des replis permanents longitudinaux et anastomotiques de l'estomac. La grande courbure normale en est exemple.

A l'état pathologique, les gastrites, les ulcus, les néoplasmes montrent par visualisation des aspects très caractéristiques, qui permettent de poser souvent le diagnostic avant toute modification perceptible au radiodiagnostic habituel.

L'œsophage, le duodénum, présentent aussi des replis permanents de leur muqueuse.

G. d'Heucqueville.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

August Meyer. ***Pseudoparalysie générale après intoxication par l'oxyde de carbone*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 27, 2 Juillet 1932). — Il s'agit d'une femme qui est amenée à la clinique après une tentative de suicide par gaz d'éclairage. La malade se remet assez vite et peut commencer à se lever déjà le surlendemain. Elle ne présente pas d'amnésie. Mais elle se trouve dans un certain état d'excitation psychique auquel on n'attribue tout d'abord par d'importance. A partir de la troisième semaine, elle commence à se plaindre de douleurs et de faiblesse des jambes, à se quereller avec ses voisines, à présenter des idées de persécution et des symptômes démentiels progressifs. En même temps, le parler devient lent et brouillé et il survient de l'ataxie, le phénomène de Romberg. Les réactions de Wassermann et de Sachs-Gyorgy sont négatives, mais on trouve une réaction du mastic et du sol d'or comme dans le tabes. L'état de la malade s'aggrave rapidement et elle meurt du fait d'une pneumonie par aspiration car, à la fin, elle ne pouvait plus avaler correctement.

L'examen microscopique permet de constater une neuronophagie au niveau du plancher du 4e ventricule. Les autres constatations sont à peu près normales, sauf que les grosses cellules du noyau caude sont rares. On trouve dans cette région des cellules ganglionnaires probablement calcifiées.

On sait que l'intoxication par CO provoque des lésions nerveuses avec paralysie et dilatation primitive des vaisseaux. Ce serait les cellules du pallidum qui seraient les plus sensibles, vient ensuite l'écorce de l'encéphale et du cervelet. Les cicatrices observées ultérieurement ressemblent aux lésions observées en cas d'artério-sclérose. On pourrait donc se demander si une intoxication par CO pourrait rendre plus grave l'évolution d'altérations d'artério-sclérose ou de syphilis.

P.-E. Morhardt.

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Marcel Labbé et Constantin Zamfir. ***Traitement des insuffisances hépatiques par l'insuline et le glucose*** (*Annales de Médecine*, tome XXXII, n° 2, Juillet 1932). — L'expérimentation, la clinique et l'anatomie pathologique montrent le rapport qui existe entre la disparition du glycogène hépatique, la destruction des cellules du foie et le défaut de résistance du foie aux poisons exogènes ou endogènes. De là est née l'idée de traiter les affections hépatiques par la reconstitution des réserves de glycogène, ce que rend difficile l'incapacité du foie lésé de retenir le glucose et de le fixer sous forme de glycogène. Mac Leod ayant montré que l'insuline (à l'inverse de l'adrénaline) rend au foie ce pouvoir de retenir le glycogène, on a tenté dans la thérapeutique des affections hépatiques le traitement par injections d'insuline et introduction de glucose dans l'organisme.

Ce traitement a été appliqué d'une part, contre des syndromes rattachés à l'insuffisance hépatique, vomissements incoercibles graves de la grossesse avec acidose, vomissements cycliques avec acidose des enfants; dans un seul cas où ce traitement ait donné à L. et Z. une action favorable contre un syndrome hépatique avec dénutrition azotée et glycosurie, on peut se demander s'il ne s'agissait pas d'une forme anormale de diabète.

D'autre part, ce traitement a été surtout employé contre les maladies graves et les lésions du foie: la plupart des auteurs ont conclu que l'insuline n'agit pas sur la lésion, mais seulement sur les troubles fonctionnels, la plupart des observations montrant seulement une amélioration symptomatique. Les auteurs se montrent en général assez enthousiastes.

L. et Z. ont étudié la méthode chez des malades atteints de lésions du foie, et ont établi, par l'analyse des urines et du sang, les indices d'insuffisance fonctionnelle du foie, tirés de l'étude du métabolisme azoté (rapport azoturique, rapport d'amino-acidurie, rapport azotémique, rapport d'amino-acidémie). Ils ont cherché ce que devenaient ces indices sous l'influence d'un traitement par l'insuline et le glucose.

5 de leurs malades étaient atteints de cirrhose du foie, 1 de cancer secondaire du foie, 1 d'ictère catarrhal et 3 de diabète bronzé.

L'état général des malades n'a pas été amélioré et la maladie n'a pas été arrêtée dans son évolution; on n'a pas observé, même de façon passagère, de reprise du poids, ni d'augmentation de l'appétit, ni de retour des forces, ni aucun indice d'une action heureuse, même transitoire. Seul un cas d'ictère catarrhal a montré une amélioration des indices. L'action du traitement sur les troubles biliaires a été également nulle.

En somme, inefficacité complète aussi bien contre les troubles fonctionnels du foie que contre les lésions hépatiques. Le traitement s'est d'ailleurs montré parfaitement inoffensif. L. Rivet.

REVUE DE CHIRURGIE
(Paris)

E. Delannoy et J. Driessens (Lille). ***La forme intra-glandulaire de la lithiase de la glande sous-maxillaire*** (*Revue de Chirurgie*, 51° année, n° 7, Juillet 1932, p. 485). — A propos de 3 observations personnelles, D. et D. croient devoir attirer l'attention sur les difficultés du diagnostic dans cette forme de lithiase sous-maxillaire.

L'étiologie est peu claire et la pathogénie incertaine.

Le calcul intraglandulaire est presque toujours unique, mais on en a observé de multiples. Ils siègent dans la partie intra-parenchymateuse du canal de Wharton. Mais ils semblent naître dans les acini et être entraînés peu à peu vers le canal excréteur. Ils sont formés en majeure partie par des sels de chaux.

La loge du calcul forme un véritable kyste, tapissé par un épithélium prismatique stratifié, doublé par un tissu conjonctif très dense.

Les lésions de la glande sont surtout marquées dans les lithiases compliquées: suppurations, scléroses, qui aboutissent à la perte de toute utilité fonctionnelle, et justifient son extirpation totale.

Les symptômes évoluent en trois étapes; une période de latence, une période de présence, une période de complications infectieuses. Ce sont d'abord de petits accidents, caractérisés par des douleurs modérées, de la gêne fonctionnelle, de la diminution de l'excrétion salivaire, et du trismus.

On peut observer alors la colique salivaire, crise de rétention salivaire aiguë, mais rarement typique, le plus souvent fruste et réalisant la hernie intermittente des glandes salivaires ou signe de Garrel.

Au stade des complications, c'est l'infection qui devient prédominante sous la forme de sous-maxillite aiguë, de sous-maxillite subaiguë à répétition, de sous-maxillite aiguë suppurée, et d'abcès du plancher de la bouche.

La suppuration peut se résoudre ou aboutir à l'ouverture et à la fistulisation soit dans la bouche, soit à la peau. Enfin l'infection peut se diffuser et donner lieu à de graves complications telles que le phlegmon diffus ou l'angine de Ludwig.

Tous ces processus infectieux aboutissent à la sous-maxillite chronique qui est une sclérose atrophique infectée.

Rarement le diagnostic sera porté d'emblée — sauf dans les cas absolument typiques, et ils sont rares.

En présence de complications et d'accidents infectieux, il faut procéder méthodiquement, et assurer un diagnostic topographique avant le diagnostic différentiel. Dans une tuméfaction d'allure inflammatoire aiguë, il faut éliminer le phlegmon diffus du plancher buccal, les stomatites, la périostite alvéolo-dentaire, l'ostéo-phlegmon de la table interne du maxillaire, l'adénite sous-maxillaire d'adéno-phlegmon sous-maxillaire, les oreillons, la sialodochite.

Dans les tuméfactions d'allure inflammatoire chronique, on peut à tort penser à une gomme, à un cancer du plancher buccal, à un sarcome du maxillaire, à une tumeur du maxillaire à myéloplaxes; plus souvent on peut hésiter avec une adénopathie bacillaire, avec une grenouillette sus-hyoïdienne, avec un cancer de la glande, une tumeur mixte sous-maxillaire.

Il ne faut pas négliger dans les cas douteux le cathétérisme du canal de Wharton et la radiographie. Sauf dans les cas typiques et non compliqués, la seule intervention logique est l'extirpation totale de la glande. Sauf contre-indications tirées de l'état général ou d'accidents très aigus, c'est donc à cette ablation qu'il faut se résoudre.

La voie d'abord doit, selon D. et D., être externe, sous-maxillaire.

Après ligature des vaisseaux faciaux, on aborde la glande par sa face supérieure et postérieure et on soulève la glande en la libérant d'arrière en avant, en pédiculisant le canal de Wharton qui est lié et sectionné.

Il faut autant que possible éviter d'ouvrir la muqueuse buccale, et de blesser les nerfs hypoglosse et lingual. J. Okinczyc.

ARCHIVES DES MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG
(Paris)

Paul Veil (Lyon). ***Quelques considérations cliniques au sujet du phénomène de la tension douloureuse*** (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, tome XXV, n° 7, Juillet 1932). — V. recherche ce signe à l'aide du Pachon à manchette unique, en décomprimant lentement. Dans un cas relaté, non seulement les grandes oscillations étaient douloureuses, mais ces douleurs s'accompagnaient de réflexes à distance.

D'après l'étude de 4 cas, V. estime que le phénomène de la tension douloureuse est un signe de dérèglement artériel par intoxication humorale. Pour qu'il se produise, il faut qu'il y ait un certain degré d'hypertension; que les oscillations soient très amples (ce qui ne veut pas dire que toutes les grandes oscillations soient douloureuses); que l'indice soit augmenté, même légèrement, car la douleur tensionnelle ne se voit jamais avec une tension moyenne normale, même si la tension systolique est sensiblement au-dessus de la normale.

On peut se demander si ces données n'expliquent pas l'effet de l'insuline et d'autres extraits pancréatiques dans certains états circulatoires.

Chez divers malades présentant ce signe, un régime de désintoxication, un traitement désensibilisateur et hépatique, l'administration d'extraits pancréatiques ou d'adrénaline amenèrent des améliorations cliniques remarquables, avec disparition corrélative du phénomène de la tension douloureuse.

L. Rivet.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

C. Bohne. ***Pathogénie de l'apoplexie par hémorragie cérébrale massive*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 31, 29 Juillet 1932). — Les recherches personnelles de B. l'amènent à admettre à l'origine de l'apoplexie la rupture d'une ou de plusieurs artères cérébrales. Une hypertension sanguine brusque détermine cette rupture préparée habituellement par l'altération vasculaire athéromateuse. L'afflux sanguin dilacérant la substance cérébrale déchire encore de petits vaisseaux qui contribuent à accroître l'hémorragie.

Nulle preuve ne peut être retenue en faveur de la théorie spasmodique diapédétique et nécrotique de Westphal, non plus que pour la thèse de la réunion de plusieurs foyers primitivement isolés.

L'hémorragie s'étend dans le cerveau, repoussant la substance environnante dans la direction la moins bien protégée. L'accord entre les divers auteurs au sujet de ces données anatomiques de base est indispensable avant d'aborder les autres problèmes concernant ces accidents graves.

G. Dreyfus-Sée.

K. Westphal. ***Pathogénie de l'apoplexie (réponse à Bohne)*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 31, 29 Juillet 1932). — La conception pathogénique exposée antérieurement par W. ne lui paraît nullement ébranlée par les critiques de Böhne.

Les cliniciens observent une série de tableaux allant du simple vertige à l'hémiplégie grave parfois mortelle alors que l'autopsie ne révèle pas de grosses lésions cérébrales; ces faits doivent pouvoir être expliqués par la théorie pathogénique de l'apoplexie. Les phénomènes vaso-moteurs cérébraux à eux seuls, sans déchirure artérielle, peu-

vent déterminer une paralysie motrice plus ou moins accentuée. D'autre part, l'apoplexie peut se produire chez des sujets nullement artério-scléreux, telle celle des jeunes éclamptiques. L'hypertension éclamptique est d'ailleurs le processus qui démontre le mieux le rôle du spasme artériel fonctionnel des hypertensions aiguës, sans artério-sclérose, ni déchirures vasculaires. L'étude des vaisseaux du fond d'œil fournit ici des éléments d'appréciation intéressantes.

Par ailleurs, la fréquence des lésions artérielles chroniques chez les apoplectiques est une notion que Böhne a bien mise en évidence et que W. confirme, mais il a rarement trouvé une rupture vasculaire unique au centre d'un foyer hémorragique étendu.

G. Dreyfus-Sée.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

G. Fahrig et **L. Wacker**. ***Recherches comparatives sur le complexe lipoïdique du sérum du sang dans l'hypertension essentielle, le travail musculaire, le jeûne, la gestation et l'alimentation*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 21, 21 Mai 1932). — Le complexe lipoïdique du sérum est constitué par des phosphatides (38,6 pour 100); des esters de la cholestérine (30,2 pour 100), de la graisse neutre (21,4 pour 100), de la cholestérine libre (9,7 pour 100) et font un total de 550 milligr.

En cas d'hypertension essentielle, la lipoïdémie est généralement augmentée. L'hypercholestérinémie constatée en pareil cas n'est donc qu'un phénomène partiel. Dans l'hyperlipoïdémie du jeûne, de la gestation et du travail musculaire, on fait des constatations identiques à celles qui s'observent dans l'hypertension essentielle.

Par contre, l'hyperlipoïdémie digestive, survenant après repas riche en graisse, est caractérisée par une augmentation de graisse neutre. Dans le jeûne, dans la gestation et dans le travail musculaire il y aurait mobilisation des lipoïdes en vue de fournir de l'énergie et pour suppléer à l'insuffisance d'hydrates de carbone. L'excès de lipoïdes constaté dans l'hypertension essentielle doit également être considéré comme répondant à un accroissement de consommation des substances lipoïdiques fournissant de l'énergie. L'augmentation du métabolisme de base due à une augmentation de la résistance dans les vaisseaux périphériques et une augmentation de la consommation des phosphatiques par le myocarde parlent en ce sens. L'augmentation de la fraction cholestérinique a une signification qui n'est pas encore élucidée.

L'acidose qui survient en cas d'augmentation de la lipoïdémie et qui est généralement compensée est vraisemblablement due à l'apparition de produits intermédiaires, acide cétonique, acide β-oxybutirique, etc., ou encore à l'apparition d'acide lactique, ce qui pourrait être l'expression d'une augmentation du travail du cœur.

P.-E. Morhardt.

P. Gyoergy, **E. Moro** et **E. Witebsky**. ***Nouvelles observations sur la trophallergie dans l'eczéma infantile*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 28, 9 Juillet 1932). — La cuti-réaction positive au blanc d'œuf paraît être une particularité de l'enfance. Elle est très fréquente seulement dans l'eczéma infantile. La cutiréaction positive, avec d'autres antigènes, est extrêmement rare bien que le blanc d'œuf ne soit pas seul en cause dans l'eczéma. En particulier, la sensibilité au lait de vache s'observe. La privation du lait fait alors disparaître brusquement les symptômes de dermatose.

Pour simplifier l'étude de ces allergies, G. et ses collaborateurs procèdent, avant la réaction de Prausnitz-Küstner, à une épreuve intracutanée préalable. Quand celle-ci est négative, la première l'est toujours. D'un autre côté, la réaction cutanée au blanc d'œuf ou au lait, quand elle est positive, rend inutile d'autres épreuves. Quand elle est négative, on peut exclure avec une grande vraisemblance la sensibilité au lait. Mais par contre, le fait que la réaction intracutanée est positive, n'est pas à lui seul suffisamment démonstratif. Pour avoir une preuve décisive, il faut recourir à l'épreuve de Prausnitz-Küstner.

Cette méthode d'examen a été étendue, au cours de ces derniers temps, à une série d'aliments et notamment, en dehors du lait et du blanc d'œuf, aux farines, à quelques végétaux tels que les pommes de terre, les jus de fruits et la viande de veau utilisée pour préparer le bouillon. Une réaction positive a été obtenue à plusieurs reprises avec la farine et une fois avec la viande de veau et les pommes de terre. Mais il est possible que la réaction à la viande de veau soit solidaire de la réaction au lait de vache. Néanmoins, la spécificité des réactions est très nette. Si on déclanche la réaction de Prausnitz-Küstner avec l'un des 3 allergènes: blanc d'œuf, lait ou farine, la réactivité de la peau s'éteint pour cet allergène, mais reste intacte pour les deux autres.

D'un autre côté, il n'est pas impossible que ces anticorps puissent exister dans la peau et manquer dans le sang. Il ne serait donc pas absolument nécessaire d'avoir une réaction de Prausnitz-Küstner positive pour confirmer la signification d'une réaction intracutanée positive. Par ailleurs, la trophallergie ne devrait pouvoir être étudiée qu'après administration orale pour être conforme à ce qui se passe en réalité. Mais cette méthode n'est pas applicable.

Le traitement consiste à supprimer l'allergène pour lequel l'enfant est sensible et à remplacer le lait de vache par du lait d'amandes ou encore du lait de soja.

En faisant des recherches sérologiques *in vitro*, il a été observé que l'antigène pour le blanc d'œuf a une spécificité très marquée. L'anticorps n'est d'ailleurs pas retrouvé chez l'adulte même sensible pour le blanc d'œuf.

P.-E. Morhardt.

P. W. Schmidt. ***Réaction d'hypersensibilité épicutanée dans la tuberculose cutanée*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 28, 9 Juillet 1932). — S. a repris les recherches de Nathan et Kallos et constaté qu'avec des solutions de tuberculine à 1 ou 2 pour 100, les résultats obtenus sont très faibles: un seul sur 17 lupiques a donné une réaction faiblement positive. Avec des dilutions de vieille tuberculine allant de 10 à 50 pour 100, appliquées sur la peau normale et protégées par un adhésif quelconque, on constate une réaction nette. Mais il y a parfois insuccès: 5 fois sur 26 lupiques. Ces insuccès se sont d'ailleurs rencontrés surtout chez des malades à état général peu satisfaisant et dont la peau pourrait par conséquent se trouver dans un état d'anergie.

En décapant la peau au moyen de papier de verre fin selon la méthode déjà utilisée par Feer, on augmente beaucoup la sensibilité à la tuberculine. Mais alors la réaction s'observe même lorsqu'il n'y a pas tuberculose cutanée, et se rapproche par conséquent des résultats donnés par la méthode de Moro ou de Pirquet. En principe, pour S. il n'y aurait pas une très grande différence entre ces diverses méthodes. Le procédé de Nathan permet à la tuberculine de pénétrer à travers la couche cutanée, résultat auquel on arrive en frottant avec la méthode de Moro.

Une biopsie a montré que les réactions présentent le caractère d'une inflammation spécifique au début plus que ceux d'un eczéma. Il ne s'agirait donc pas d'une hypersensibilité purement épithéliale.

P.-E. Morhardt.

Peter Bielschowsky. ***L'influence du changement de position et particulièrement du relèvement des jambes sur le débit par minute du cœur chez les sujets sains et malades*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 30, 23 Juillet 1932). — B. a procédé à ses recherches le matin à jeun en mesurant le volume du sang par la méthode de l'acétylène. Ensuite, il a calculé la consommation d'oxygène et enfin le débit du cœur par minute. Dans une première série d'épreuves, le malade était commodément assis puis étendu sur un lit horizontal et enfin sur un lit dont l'extrémité inférieure avait été relevée. On a constaté ainsi que chez les sujets sains, le fait de s'étendre augmente chaque fois le débit par minute. Ainsi ce changement de position ne peut pas constituer une épreuve des fonctions circulatoires. Par contre, l'élévation des jambes n'a normalement aucune influence. Chez les cardiaques, les constatations faites n'ont pas été très significatives. Dans 6 cas, il n'est survenu aucune modification et dans 4 cas il y a eu augmentation du débit par minute.

Par contre, en cas de Basedow, on a constaté 7 fois sur 8 une augmentation du débit par minute.

Il semble donc que le relèvement des jambes puisse être considéré comme une épreuve du mécanisme régulateur qui intervient dans les fonctions circulatoires. Cette épreuve s'adresserait non seulement à la périphérie, mais aussi au cœur. Il y aurait, dans ces conditions, relèvement du débit par minute en cas d'insuffisance cardio-vasculaire d'origine centrale ou périphérique. Cependant, en cas de décompensation sévère, le cœur est incapable de réagir quand le volume du sang qui lui arrive au cours de la diastole augmente. Dans ces conditions, cette épreuve ne donne pas de résultats.

En rapprochant les données de cette épreuve de celles de l'épreuve de Kauffmann qui consiste à comparer la diurèse qui s'observe chez un sujet couché tantôt horizontalement, tantôt les jambes relevées, on a constaté un parallélisme: si le relèvement des jambes augmente la diurèse, le débit par minute s'élève également.

P.-E. Morhardt.

Ernst Zadek. ***Le diagnostic de la sclérose coronaire*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 30, 23 Juillet 1932). — En comparant 50 électrocardiogrammes obtenus chez des sujets atteints de sclérose sévère des coronaires, Z. n'a pas retrouvé de phénomènes absolument caractéristiques. Cependant, certaines modifications ont une valeur diagnostique intéressante. Ainsi, par exemple, le déplacement de l'intervalle RT au-dessus ou au-dessous de la ligne du zéro et une onde T négative et aiguë avec un intervalle ST convexe par en haut. Le mécanisme de cette modification de l'onde T n'est pas encore bien établi. En tout cas, il ne semble pas à Z. que cette modification soit l'expression absolue d'un infarctus morphologiquement localisable du myocarde; elle témoigne plutôt d'un trouble fonctionnel de la marche de l'excitation dans la musculature du ventricule.

Les troubles du rythme sont relativement rares dans les infarctus du myocarde. Sur 50 malades, Z. n'en a vu que 6 présenter un trouble de la conduction atrioventriculaire. Les troubles de la conduction intraventriculaire constatables seulement à l'électrocardiogramme ont été constatés 6 fois et ne peuvent pas être considérés comme l'expression d'une atteinte de la coronaire droite.


LE COMPLÉMENT TRÈS EFFICACE
DE LA CURE THERMALE
urazine
CITRO-SALICYLATE DE PIPÉRAZINE
DISSOLVANT DE
L'ACIDE URIQUE
ANALGÉSIQUE
ANTISEPTIQUE
GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISME
EN TUBES DE
20 COMPRIMÉS
A 0GR30
EN FLACONS DE
GRANULÉS
EFFERVESCENTS
SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8E)

Dans 7 cas, il y a eu arythmie absolue et dans 7 cas extrasystoles généralement ventriculaires.

L'étude de ces affections aux rayons Rœntgen a été d'après Z. relativement négligée. Parmi les conséquences de l'obturation des coronaires figure l'anévrisme de la paroi qui siège en général vers la pointe, qui est petit et qui n'est souvent diagnostiqué, à l'autopsie, qu'après l'ouverture du cœur, parce qu'il s'est produit aux dépens des couches internes de la paroi. Il a déterminé ainsi une dilatation diffuse et un arrondissement de la pointe qui est atteint de dégénérescence calleuse.

Cependant, pour considérer que cette modification de forme de la pointe parle en faveur d'une sclérose des coronaires, il faut éliminer une insuffisance aortique et l'hypertension. Seule cette dernière peut donner lieu à des difficultés. Dans tous les cas, sur 31 malades sans hypertonie ni insuffisance aortique, Z. a constaté 15 fois un arrondissement de la pointe du cœur devant être considéré comme l'expression d'un anévrisme apical. Sur 6 cas d'affection coronarienne vérifiée à l'autopsie avec altérations calleuses ou anévrismatiques de la pointe, on a trouvé 5 fois cette modification aux rayons Rœntgen.

P.-E. Morhardt.

F. Becker. ***Nécrose des extrémités dans la polycythémie vraie*** (*Klinische Wochenschrift* tome XI, n° 30, 23 Juillet 1932). — B. donne l'observation d'un homme de 72 ans qui présente une polycythémie rouge vraie caractérisée: coloration typique du visage et des muscles, augmentation du volume de la rate et du foie, pression normale, sensation vertigineuse, 9 millions d'érythrocytes, 146 pour 100 d'hémoglobine. En outre, cet homme avait été peintre. Il présentait enfin une sensation de froid des deuxième et troisième doigts avec douleurs lancinantes. Malgré le traitement, l'état s'aggrave et on constate une véritable momification des doigts et de l'ictère. Le malade meurt et l'autopsie montre un cancer primitif du foie.

Les cas de nécrose ou de gangrène des extrémités en cas de polycythémie sont extrêmement rares; on observe beaucoup plus souvent des thromboses veineuses et parfois, mais plus rarement, artérielles. Dans ce cas, il s'agit certainement d'une interruption de la circulation dans les petites artères digitales du fait de la viscosité du sang.

La coïncidence de cancer et de polycythémie ne semble pas avoir été notée dans les observations publiées jusqu'ici.

P.-E. Morhardt.

Theophil Baumann. ***Chimie des selles et des fonctions intestinales chez le nourrisson et les petits enfants soumis au régime de pommes*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 30, 23 Juillet 1932). — Dans un des cas examinés par B. les pommes données sous forme d'aplona ont été complètement digérées et la chimie des selles est restée ce qu'elle était auparavant. Dans un autre cas cependant, les pommes n'ont pas été complètement désintégrées. L'accélération de la digestion a été marquée ainsi que l'augmentation du volume des selles surtout du fait d'une grande quantité d'eau. Il y a eu forte augmentation des acides organiques et du calcium tandis que l'élimination de PO^4 a peu varié. Le pouvoir tampon et le pH des selles n'ont pas été non plus modifiés.

Ainsi l'action des pommes sur les états pathologiques du grêle ou du côlon n'est pas due à une acidification des selles. Ces effets seraient simplement conséquence d'une action mécanique du fait de la richesse de ce régime en cellulose, en acide organique, en substances fermentescibles et en pectine. Cette association empêche les aliments de stagner et augmente l'arrivée des sucs intestinaux. Elle diminue la flore du grêle et du côlon par adsorption des bactéries en même temps qu'elle la modifie. L'augmentation de calcium dans les selles agit favorablement sur l'inflammation de la muqueuse et détoxique peut-être les amines et les phénols.

P.-E. Morhardt.

MEDIZINISCHE KLINIK
(Berlin, Prague et Vienne)

G. Rosenfeld. ***Le métabolisme des graisses*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 21, 20 Mai 1932). — Dans cette importante étude, le professeur de Breslau rassemble les conclusions de ses travaux expérimentaux sur le métabolisme des graisses chez le chien. Après avoir rappelé la distinction entre la graisse de dépôt et la graisse organique, et avoir précisé l'intérêt de l'indice d'iode, il montre que, si la graisse-dépôt est très variable selon le régime, la graisse organique constitue une constante organique, dont les variations restent confinées dans des limites assez étroites.

Chez un chien mis à la diète pendant huit jours, la teneur du foie en graisse s'établit toujours au voisinage d'un taux de 10 pour 100. Si on donne alors à l'animal une ration assez forte d'hydrates de carbone, ou de viande, ou de ces deux aliments associés, le taux des graisses tombe à 6 pour 100 environ. Si, au contraire, on donne une grande quantité de graisses, le foie se charge de graisses jusqu'à un taux qui atteint une moyenne de 28.72 pour 100 pour un régime qui comporte 30 gr. d'huile de sésame par kilogramme et par jour pendant quatre jours. La graisse accumulée ainsi dans le foie représente environ 1,66 pour 100 de la graisse ingérée.

Au cours de la saponification des graisses dans le milieu intestinal, puis de leur reconstitution au moment de leur assimilation à travers la paroi intestinale, une partie des graisses à acides gras saturés se transforment en graisses à acides gras non saturés, si bien que l'indice d'iode s'élève dans la lymphe: ainsi l'acide palmitique, d'indice d'iode 0 à l'ingestion, acquiert un indice de 8 dans la lymphe; la cocose, d'indice d'iode 8, passe à un indice de 17.

Lors de leur passage dans le sang, puis de leur incorporation soit dans les graisses de dépôt, soit dans la graisse de constitution des organes, ces matières grasses ne modifient pas leur indice d'iode: les expériences sur des chiens, dont R. donne le détail, permettent, après ingestion de palmitates, de retrouver dans le foie des graisses d'un indice d'iode à peu près exactement égal à celui que déterminait le calcul.

Si, chez les chiens à jeun depuis huit jours, on donne, au lieu d'une ration exclusivement grasse, un régime mixte qui contient un peu d'hydrates de carbone, l'accumulation de la graisse dans le foie ne se fait pas, et le taux de la graisse hépatique reste voisin de 10 pour 100.

L'antagonisme des graisses et des hydrates de carbone apparaît plus net encore au cours de l'intoxication par la phloridzine. Cette substance (0,02 par kilogramme et par jour) fait disparaître le sucre du foie en six à sept jours, et détermine, vers le huitième jour, une accumulation de graisse dans cet organe, qui peut atteindre 30 à 70 pour 100 de la substance sèche. Si, au contraire, on neutralise l'intoxication, en donnant au chien, chaque jour, 8 gr. d'hydrates de carbone par kilogramme, le foie conserve du glycogène, et la surcharge graisseuse ne s'y produit pas. Toutes les intoxications qui font disparaître le glycogène hépatique permettent d'observer le même phénomène.

Cette règle ne comporte que deux exceptions: le sucre, introduit par la voie intraveineuse, n'exerce pas la même influence que le sucre ingéré; d'autre part, dans l'intoxication phosphorée, le glycogène hépatique disparaît, et l'alimentation sucrée, si intensive qu'elle soit, n'empêche pas l'accumulation de la graisse dans le foie.

Pour expliquer cet antagonisme des graisses et des hydrates de carbone, la théorie de R. est classique: les graisses ne peuvent être brûlées que là où se produit la combustion des hydrates de carbone; « elles » brûlent au feu des hydrates de carbone; à défaut d'hydrates de carbone, leur combustion ne dépasse pas le stade de l'acétone et de l'acide β-oxybutyrique.

Geelmuyden a opposé à cette explication une autre théorie: l'absence d'hydrates de carbone incite l'organisme à emmagasiner des graisses dans le foie, afin de les y transformer en hydrates de carbone. R. oppose à cette théorie une série d'arguments.

Tout d'abord, dans l'intoxication phloridzique, la graisse accumulée dans le foie ne semble pas s'y transformer du tout en hydrates de carbone, puisqu'elle peut y atteindre un taux de 70 pour 100.

D'autre part, un chien soumis à l'intoxication phloridzique a besoin de 100 calories par kilogramme; or, il lui suffit de 8 gr. de sucre par kilogramme pour éviter le foie graisseux. Ces 8 gr. ne représentent cependant que 32 calories; les 68 autres calories devraient exiger la mobilisation de graisses; or cela ne se produit pas. Le même fait se produit pour la viande.

Si la théorie de Geelmuyden était vraie, au cours de l'intoxication phloridzique, l'ingestion de graisse devrait augmenter la glycosurie. Or c'est tout le contraire qui se produit, sans doute parce que l'oxydation des graisses en excès utilise une plus grande quantité de sucre.

Les particularités de l'intoxication phosphorée ne cadrent pas non plus avec la théorie de Geelmuyden: comment expliquer, en effet, par cette théorie, que l'accumulation de graisse se poursuive dans le foie quelle que soit la quantité de sucre ingérée? Au contraire, R. explique l'incapacité du foie de former du glycogène par l'augmentation de la diastase glycolytique. Il démontre le rôle de cette diastase par une série d'expériences: si on donne de la diastase à un chien en intoxication phloridzique, il réagit comme un chien en intoxication phosphorée: l'addition de sucre au régime n'empêche plus l'apparition du foie graisseux. Inversement, l'adrénaline, qui agit comme un antidote de la diastase, empêche, à la dose de 10 milligr.. la formation du foie graisseux dans l'intoxication phosphorée. Enfin, si l'on prépare un chien par injection de diastase, on obtient un sérum antidiastase, qui, injecté à la dose quotidienne de 20 cmc à un chien en intoxication phosphorée, empêche la formation du foie graisseux. Si l'on intoxique le chien préparé lui-même, le foie graisseux ne se forme pas. Ce dernier fait a été vérifié chez 4 chiens successifs (taux de graisse dans le foie: 18,83 pour 100 à 20,1 pour 100).

Enfin R. a réussi, par administration d'extraits thyroïdiens et préhypophysaires, isolés ou associés, chez un chien en intoxication phloridzique, à empêcher la formation du foie gras. Ces extraits endocriniens ont-ils agi par action stimulante directe sur l'oxydation des graisses, comme le suggèrent les expériences d'Anselmino et d'Hoffmann avec l'extrait de lobe antérieur d'hypophyse? ou bien n'agissent-ils qu'indirectement, en favorisant la combustion des hydrates de carbone?

J. Mouzon.

K. Walko. ***L'hypertension des jeunes sujets*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 21, 20 Mai 1932). — W. a étudié la tension artérielle de 1.700 étudiants et de 120 étudiantes de l'Université de Prague, dont l'âge variait généralement de 16 à 22 ans. La tension normale à cet âge est le plus souvent de 10 1/2 à 12 cm. Parmi les 1.700 étudiants, 249 avaient une tension de 13 1/2 à 15 cm., et 48 une tension de plus de 15 cm. Il y a donc 17,4 pour

100 d'hypertendus. Parmi les 120 étudiantes, 10 présentaient une tension de 13,5 à 16 cm. La proportion des hypertendues n'est ici que de 8,3 pour 100.

Le plus souvent il s'agissait d'hypertension variable d'un jour à l'autre, chez des sujets débiles, nerveux, dont le système vaso-moteur était particulièrement irritable. C'est seulement dans une minorité de cas que l'hypertension était fixe, comprise avec des oscillations réduites entre 15 et 19 cm.

Dans la règle, cette hypertension est entièrement latente. Parfois, les sujets accusent quelques troubles subjectifs: maux de tête, palpitations, gêne respiratoire, fatigue facile, angoisse, insomnies, crises sudorales. Le plus souvent, ces troubles témoignent seulement de l'irritabilité vaso-motrice qui est particulière à ces malades. Le seul symptôme, qui ait une certaine importance pour indiquer la résistance physique des sujets, est la dyspnée d'effort, par exemple celle que provoque une épreuve de dix mouvements consécutifs de flexion sur les genoux.

Les observations des jeunes hypertendus tendent à mettre en valeur le rôle de la disposition constitutionnelle et familiale, de l'excitabilité nerveuse et émotive, des sécrétions internes (adrénaline, sécrétions thyroïdienne, génitale et préhypophysaire), de l'hypocalcémie (Kylin), du régime alimentaire acidifiant, enfin des intoxications alcooliques ou tabagiques. Sur les 1.200 étudiants, il y avait 32,2 pour 100 de sujets plus ou moins alcooliques, et 27,5 pour 100 de fumeurs; sur les 297 hypertendus, la proportion était de 44,7 pour 100 pour les alcooliques, 38,7 pour les fumeurs. Pour les étudiantes, le fait était plus net encore; l'usage de l'alcool se retrouve chez 13,3 pour 100 de l'ensemble des étudiantes, chez 60 pour 100 des hypertendues, l'usage du tabac chez 20,8 pour 100 de l'ensemble, chez 80 pour 100 des hypertendues.

Le défaut d'exercice paraît être également un facteur prédisposant.

W. a souvent constaté, chez les hypertendus, la tachycardie, et spécialement la tachycardie d'effort (sans signe d'hyperthyroïdisme) et l'exagération de l'arythmie respiratoire.

Beaucoup de jeunes hypertendus ne donnent aucun signe de fléchissement cardiaque. Mais il en est, surtout parmi les sujets atteints d'hypertension fixe ou d'hypertensions variables à variations amples et brusques, qui témoignent d'une résistance diminuée, et qu'il ne faut pas laisser se soumettre sans ménagements à l'entraînement sportif, et en particulier à l'alpinisme. W. attache surtout, à cet égard, une grande importance aux réactions du sujet après l'effort: l'hypertension primitive, qui suit l'effort, est plus faible qu'à l'état normal, et l'hypotension secondaire, plus marquée et plus persistante; de plus, un effort un peu violent est suivi d'une dilatation cardiaque, que l'on constate par l'orthodiagramme, et qui ne rétrocède qu'avec lenteur après un repos prolongé.

Si l'on suit les jeunes hypertendus pendant quelques années, on constate que, chez la plupart d'entre eux, la tension s'abaisse au fur et à mesure que l'âge avance. Chez quelques-uns cependant, surtout lorsque l'hypertension est fixe, et que les sujets se soumettent à un surentraînement sportif, l'hypertension persiste, et le tableau clinique et capillaroscopique de l'hypertonie primitive tend à se constituer, tel qu'on l'observe chez les gens âgés.

Telle que la conçoit W., l'hygiène des jeunes hypertendus comporte, non le repos absolu, mais un exercice modéré, qui ne peut exercer qu'une action salutaire sur la tension artérielle, et dont on vérifiera les effets par le sphygmomanomètre et par l'examen orthodiagraphique du cœur. La gymnastique respiratoire est également très utile, car l'abaissement de la tension du CO^2 sanguin détermine la baisse de la tension artérielle. Une vie calme, l'abstension d'alcool et de tabac sont, bien entendu, à recommander.

Les médications hypotensives sont inutiles; cependant, les expériences thérapeutiques de W. lui ont montré l'action hypotensive des fortes doses de calcium.

Il est à souhaiter que les jeunes gens soient soumis d'office à des examens médicaux, qui permettent de déceler à temps chez eux l'hypertension, et de régler en conséquence leur hygiène, et en particulier leur entraînement sportif.

J. Mouzon.

H. Rœhrig. *Nouvelles recherches sur la réaction A à l'albumine de Kahn pour le diagnostic des tumeurs malignes* (*Medizinische Klinik*, tome XXVIII, n° 21, 20 Mai 1932). — Le principe de la réaction de Kahn est que la partie la plus hydrophile de l'albumine du sérum, à laquelle Kahn donne le nom d'albumine A, se trouve diminuée dans le sang des cancéreux, par rapport aux valeurs des sujets sains, alors qu'elle est augmentée dans les cellules.

R. a appliqué la technique de Kahn, dont il ne rappelle pas le détail, chez 26 malades, et il accuse 80 pour 100 de résultats justes.

A vrai dire, si l'on compare, dans le détail des observations, les diagnostics cliniques et les indications de la clinique, on constate que, chez les malades non soupçonnés de cancer, la réaction est positive 4 fois, négative 12 fois, douteuse 1 fois sur 17 cas; sur 9 malades atteints de cancer, 6 ont une réaction positive, 3 une réaction négative. La proportion serait donc peut-être un peu moins favorable, mais elle donne à penser que la réaction a cependant une certaine valeur d'indication, tant pour confirmer un diagnostic de tumeur quand elle est positive, que pour l'écarter quand elle est négative. Les circonstances qui peuvent, en dehors du cancer, déterminer une réaction positive, sont l'insuffisance hépatique, une hydrémie marquée consécutive à une hémorragie ou à une insuffisance cardiaque, un état cachectique avancé ou une fièvre élevée. D'autres auteurs ont signalé des réactions positives dans la tuberculose, dans les affections pulmonaires organiques, dans la grossesse, mais cette positivité ne semble pas habituelle.

J. Mouzon.

MITTEILUNGEN AUS DEN GRENZGEBIETEN DER MEDIZIN und CHIRURGIE (Iéna)

Max Saegesser. *Torticolis spastique* (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLII, n° 5, 19 Juillet 1932). — S. a eu l'occasion d'observer 6 cas de torticolis spastique à la clinique de de Quervain. Sur ces divers cas dont il donne l'observation, il en est 3 qui sont certainement ou vraisemblablement post-encéphalitiques.

Au point de vue du traitement, la thérapeutique médicamenteuse ou psychique n'a pas donné de résultat. Par contre, le traitement chirurgical représente une méthode à laquelle on a de plus en plus recours. Quand il s'agit de troubles post-encéphalitiques, on doit intervenir au moins lorsque le torticolis est l'élément pathologique principal. Il convient alors d'opérer sans trop perdre de temps avec les autres méthodes qui d'ailleurs n'ont aucun résultat. Dans les premiers cas de S., bien que les troubles post-encéphalitiques soient fort divers, les malades ont cependant bénéficié de la suppression du torticolis spastique. Dans les formes non-encéphalitiques, l'opération est inutile si les troubles choréico-athétosiques s'étendent aux membres supérieurs et au tronc. Il faut que le torticolis soit vraiment le symptôme principal.

Le traitement chirurgical peut consister à sectionner soit les nerfs afférents et efférents, soit la musculature. Ces deux méthodes sont supérieures à la méthode conservatrice. Parmi les avantages de la ramisection, S. fait figurer la simplicité de l'intervention qui se fait en une seule fois. Par contre, cette méthode a l'inconvénient de laisser subsister des possibilités d'innervation des muscles malades et de supprimer l'innervation d'autres régions comme par exemple du diaphragme. En plus, il peut y avoir hypercorrection et enfin la laminectomie dans la région de la moelle allongée n'est pas sans quelque danger.

La myotomie se limite au domaine malade, ne provoque pas d'hypercorrection mais par contre, elle doit être le plus généralement renouvelée. En somme, S. penche finalement pour cette dernière méthode.

L'intervention, à elle seule, ne procure la guérison complète que d'une façon tout à fait exceptionnelle. Il est nécessaire d'étudier à fond le psychisme du malade qui joue un rôle important dans la genèse du torticolis.

P.-E. Morhardt.

Anton Fischer et Oskar Wontz. *Clinique de la spondylarthrite ankylopoiétique* (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLII, n° 5, 19 Juillet 1932). — F. et W. exposent les observations qu'ils ont faites sur 100 cas de spondylarthrite ankylopoiétique qu'ils ne considèrent pas comme identique à la maladie décrite, en 1893, par Bechterew. Celle-ci se rapproche davantage de la spondylose déformante.

Au point de vue étiologique, il s'agit d'une infection générale caractérisée par de la lymphocytose et une accélération de la vitesse de sédimentation. Au point de vue clinique, on note que l'expansion du thorax est inférieure à 5 cm. d'une façon très précoce. On constate des épanchements articulaires (18 pour 100), des ankyloses (30 pour 100), une histoire de polyarthrite aiguë (14 pour 100), mais aucune influence professionnelle. Il n'y a pas de symptômes spinaux comme dans la maladie de Bechterew, mais l'influence familiale est manifeste.

Les données des rayons Rœntgen sont importantes. Elles montrent une ossification des ligaments et plus spécialement du ligament antérieur qui est très précoce et qui s'accompagne d'atrophie osseuse des corps vertébraux. En outre, on constate les déformations de la spondylose déformante. Elles sont cependant plus rares et moins marquées parce que l'ossification des ligaments immobilise les vertèbres.

Au point de vue de l'évolution, F. et W. admettent qu'un tiers des cas s'améliore principalement en ce que la sédimentation des globules rouges redevient normale, ce qui montre que les lésions ont cessé d'être actives. Les échanges respiratoires ne sont pas modifiés au repos. Au point de vue thérapeutique, F. et W. recommandent au stade aigu l'élimination des foyers infectieux et l'immunothérapie ainsi que la thérapeutique physique (chaleur sèche ou humide, bains excitants, etc.). Quand l'affection est devenue inactive, on peut seulement songer à atténuer la douleur qui peut résulter d'une modification statique.

P.-E. Morhardt.

Kurt Streit. *Contribution à la question du taux du calcium dans le sérum de crétin* (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLII, n° 5, 19 Juillet 1932). — Chez 12 sujets normaux, le calcium du sérum a varié de 9 à 12 milligr. pour 100 gr. de sérum. Dans 25 pour 100 de ces cas, ce chiffre a oscillé de 9 à 10 milligr. Chez les crétins, on observe également des chiffres qui varient de 9 à 12 milligr. Mais cependant, 45 pour 100 d'entre eux ont un chiffre inférieur à 10 milligr. Il n'y a pas de relations, chez ces malades, entre le taux du calcium

et l'état de la glande ou avec les phénomènes de spasticité. Un changement de localité peut déterminer des variations dans le taux du calcium atteignant 1,5 milligr. pour 100 gr.

L'administration, à des crétins, de petites doses d'ergostérine, augmente le calcium du sérum de plus d'un milligr. Avec de fortes doses il y a diminution. Chez ces malades, la thyroxine augmente le calcium du sérum d'environ 1,5 milligr. Chez les sujets normaux on observe, dans les mêmes conditions, des variations beaucoup moins importantes.

P.-E. Morhardt.

Carl Müller et **Th. v. Fellenberg.** ***Recherches sur le sort de la thyroxine dans l'organisme dans des conditions expérimentales*** (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLII, n° 5, 19 Juillet 1932). — Au cours de leurs recherches, M. et F. ont eu pour objet d'étudier le sort de la thyroxine dans l'organisme vivant en admettant, comme hypothèse de travail, que la thyroxine représente la partie principale de la sécrétion thyroïdienne. Ils se sont d'ailleurs bornés à vouloir établir quelques points essentiels permettant de poursuivre des recherches plus systématiques.

Un sérum normal se montre capable de diminuer le métabolisme de base des rats. Par contre, du sérum inactivé à 56° n'a pas d'effet sur le métabolisme. Les effets de la thyroxine sont modifiés par du sérum normal, mais non par du sérum inactivé. Sur les têtards, on constate que la thyroxine conserve ses propriétés en présence de sérum ou de sang normal. Il en est de même pour la iode-thyréoglobuline. Par contre, le sang d'animaux traités par des injections de thyroxine acquiert le pouvoir d'affaiblir ou de supprimer les effets de la thyroxine sur les têtards.

Les injections de thyroxine augmentent dans le sang l'iode total et l'iode soluble dans l'alcool. Cette augmentation atteint son maximum déjà au bout de quinze minutes puis diminue. L'élimination de l'iode par l'urine est beaucoup plus lente. Son maximum s'observe au bout de quatre heures et il y a encore augmentation au bout de quarante-huit heures. L'iode est ainsi emmagasiné principalement dans le foie et dans les muscles. Mais c'est relativement la thyroïde et surtout la peau qui en emmagasinent le plus. Il semble que tout au moins, une partie de cet iode conserve dans la peau sa forme active.

L'iodure de potassium, administré à des doses équivalentes à celles qui se trouvent dans la thyroxine injectée dans les expériences précédentes, provoque également une augmentation rapide de l'iode du sang, tandis que l'élimination par l'urine est beaucoup moindre. L'accumulation dans la peau est également considérable.

P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Zitzke. ***La nature allergique des eczémas des boulangers*** (*Derm. Wochens.*, tome XCV, n° 28, 9 Juillet 1932). — En se basant sur les résultats des cuti et intradermo-réactions, Z. conclut que l'eczéma des boulangers est le plus souvent (70 pour 100 des cas) une dermatose allergique, soit due à une sensibilisation héréditaire, soit déclanchée par des conditions défectueuses de travail chez les boulangers.

L'épine irritative paraît être les améliorants de la farine dont quelques-uns contiennent du persulfate d'ammonium. C'est en effet avec la farine améliorée par le persulfate qu'on obtient le plus grand nombre de réactions positives.

La farine pure, les améliorants sans persulfate d'ammonium, la levure paraissent avoir un rôle accessoire dans la genèse de l'eczéma des boulangers.

Cependant la sensibilisation peut être observée avec de la farine pure, comme Z. l'a noté chez deux menniers.

Quelques eczémas des boulangers ne reconnaissent pas une nature allergique; ce sont des dermatomycoses.

Au point de vue thérapeutique, la désensibilisation spécifique ou non, en éloignant le malade de son métier, est peu pratique actuellement. Plus importante est la prophylaxie en supprimant les améliorants nocifs des farines.

R. Burnier.

Tropp et **Rauch.** ***Intoxication arsenicale en masse par le vin à bord d'un bateau français*** (*Derm. Wochens.*, tome XCV, n° 28, 9 Juillet 1932). —T. et R. ont eu l'occasion de soigner à l'hôpital de Hambourg 6 matelots d'un bateau français qui présentaient des signes typiques d'une intoxication arsenicale chronique. Ces cas se rattachent à l'empoisonnement arsenical par le vin d'environ 200 matelots appartenant à 2 compagnies de navigation du Havre. La ration de vin d'un marin est de 1 litre par jour; or, on trouva que chaque litre contenait 3 à 12 milligr. d'arsenic.

Les premiers signes d'intoxication commencèrent environ quatre semaines après le début de l'ingestion du vin; ce furent des symptômes gastro-intestinaux: douleurs stomacales, diarrhée, prurit, suivi d'exanthème. Dans un cas, l'exanthème fut scarlatiniforme et laissa en disparaissant une pigmentation gris noirâtre sur tout le corps, y compris le visage. D'autres malades eurent seulement une pigmentation des plis. 2 malades firent un érythème bulleux, laissant ensuite une mélanose.

Tous les malades avaient une hyperkératose plus ou moins marquée, et dans les squames cornées, ainsi que dans les cheveux, on trouva des quantités abondantes d'arsenic par la méthode de Marsh-Liebig.

L'examen du système nerveux montra une diminution de la sensibilité au tact et à la température; les malades se plaignaient d'hyper et de paresthésies des pieds. L'un avait des troubles névritiques des extrémités inférieures. Un malade eut un épiphora persistant.

R. Burnier.

ZEITSCHRIFT für UROLOGISCHE CHIRURGIE (Leipzig)

W. Heckenbach (Berlin). ***Physiologie et pathologie de la dynamique urétérale dans l'urographie d'excrétion et en particulier de l'influence exercée sur elle par les affections annexielles*** (*Zeitschrift für urologische Chirurgie*, t. XXXV, n° 1-2, Juin 1932, p. 34). — L'urographie d'excrétion doit être utilisée en dehors de toute manœuvre amenant une stase artificielle de l'urine.

Un uretère normal n'est jamais entièrement visible sur tout son trajet. Un uretère visible de bout en bout traduit un trouble moteur dont la cause peut être locale (urétérite ou calcul) ou éloignée (processus toxi-infectieux, au cours de lésions annexielles).

Il faut être très prudent dans le diagnostic d'hypotonie et d'hypertonie urétérale; les images radiographiques ne permettent pas de distinguer un élargissement « fonctionnel » d'une dilatation pathologique. On ne doit parler d'atonie qu'en cas de perte effective et complète de la contractilité; c'est d'ailleurs là un état rarement durable, secondaire à quelque lésion; car il n'existe pas d'atonie primaire de l'uretère.

Tout l'intérêt de l'article résulte de 20 belles radiographies qui montrent que, dans les lésions annexielles, on voit des dilatations urétérales tantôt étendues à tout le canal tantôt, et plus souvent, limitées à la partie juxta-vésicale de l'uretère.

G. Wolfromm.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA (Buenos-Aires)

P.-B. Aquino, S. Jouan, L. Pietrafesa et **E. Jouan.** ***Sédation instantanée de douleurs intenses après injections intra-veineuses de phényl-cinchonate d'hexaméthylène-tétramine*** (*Prensa Medica Argentina*, tome XVIII, n° 35, 20 Mai 1932). — 52 observations d'algies d'origine médicale ou chirurgicale (angines, phlegmons amygdaliens, sinusites, otites, névralgies faciales, céphalées; torticolis, rhumatisme chronique; arthrites scapulo-humérale, tibio-tarsienne; goutte, sciatique, radiculites, cancer du rectum, blennorragie, asthme), soulagées par injection intraveineuse de 10 cmc du nouveau sédatif (la « *leukotropine* », *phényl-cinchonate d'hexaméthylène-tétramine*).

Même efficacité en ophtalmologie, dans l'herpès de la cornée, la névrite optique, et dans l'analgésie dentaire.

La leukotropine est bien supportée par l'enfant comme par l'adulte à doses convenables. Des doses excessives peuvent provoquer des hématuries.

G. d'Heucqueville.

C. Seminario et **G. Alvarado.** ***Premières observations de maladie de Schamberg en Argentine*** (*La Prensa Medica Argentina*, tome XVIII, n° 35, 20 Mai 1932). — Schamberg a décrit en 1901 une dermatose pigmentaire à évolution progressive, caractérisée par une éruption, maculeuse ou pseudo-papuleuse, d'éléments irréguliers, variés dans leurs dimensions et leur coloration, et de pétéchies à pigment hémosidérique.

S. et A. rapportent deux observations avec examens humoraux et anatomiques complets. Le diagnostic se pose avec le *purpura annulaire télangectasique*, l'*angiome serpigineux de Hutchison*, la *dermatose pigmentaire purpurique* des membres inférieurs.

La maladie de Schamberg frappe surtout les hommes jeunes, de terrain prédisposé, bacillaire notamment. Elle résulte d'extravasations sous une influence toxique, sanguine, chez ces sujets d'endothélium fragile. Les irritations externes diverses, chaleur, frottements, oïdiomycose, la favorisent : l'épreuve de l'érythème actinique est positive.

G. d'Heucqueville.

V. Dimitri. ***Les lésions bulbaires dans la poliomyélite chronique*** (*La Prensa Medica Argentina*, tome XIX, n° 1, 10 Juin 1932). — Dejerine avait tenté de rattacher à la sclérose latérale amyotrophique tous les troubles bulbaires compliquant les atrophies myélopathiques du type Aran-Duchenne. La paralysie labio-glosso-laryngée constituerait la phase initiale d'une maladie de Charcot à évolution descendante. Elle s'accompagnerait toujours d'une atteinte pyramidale.

D. rapporte 3 observations de malades suivis pendant toute la durée de leur maladie, qui controuvent radicalement cette opinion. Voici le schéma de ces observations :

1° Homme de 61 ans. Atrophie progressive du type Aran-Duchenne. Une paralysie bulbaire apparaît au bout de trois ans. Mort par broncho-pneumonie consécutive. *Autopsie:* lésions des noyaux de l'hypoglosse, du pneumogastrique (ambigu, dorsal et intercalé); intégrité de la voie pyramidale.

2° Femme de 54 ans. Début par des douleurs articulaires consécutives à une infection, puis atrophie du type Aran-Duchenne. Atrophie de la

langue. Troubles du rythme respiratoire. Réflexes cutanés plantaires en flexion. Mort dans la cachexie. *Autopsie:* pyramides intactes, lésions des noyaux de l'hypoglosse et du spinal, de la formation réticulée. *Diagnostic:* poliomyélite chronique de forme bulbaire.

3° Homme de 55 ans, ayant été atteint de poliomyélite aiguë dans l'enfance. Atrophie progressive des muscles du bras et de la jambe. Contractions fibrillaires. Paralysie labio-glosso-laryngée. Mort par asphyxie. *Autopsie:* hydrocéphalie par obstruction des trous de Magendie, dépression du plancher ventriculaire. Noyaux voisins lésés. Sclérose de la corne antéreure sacrée. Intégrité pyramidale. *Diagnostic:* nouvelle poussée de la poliomyélite aiguë de l'enfance.

Ces 3 cas, scrupuleusement étudiés, ne peuvent être rattachés à la maladie de Charcot, l'atteinte pyramidale étant essentielle dans cette dernière.

G. d'Heucqueville.

A. H. Roffo. ***Les propriétés des extraits de tumeurs comme milieux de croissance pour les tissus*** (*La Prensa Medica Argentina*, tome XIX, n° 1, 10 Juin 1932). — Les propriétés « excito-formatrices » appartiennent aux « substances fondamentales » de Carrel. Ces substances, non spécifiques, favorisent non seulement la croissance des tissus de l'espèce de laquelle elles ont été tirées, mais encore celle des autres espèces. Tels sont les extraits de cerveau, de testicule, de surrénale embryonnaires.

Les extraits de sarcome et de carcinome se rattachent au groupe des substances fondamentales. L'auteur a étudié leur action sur le développement du cœur du poulet embryonnaire et sur celui du sarcome fuso-cellulaire du rat, en faisant varier la température, et en présence de divers corps.

Ces substances sont thermolabiles, influencées par les radiations. Elles ne traversent pas le filtre Chamberland. Elles n'agissent pas comme enzymes, mais comme milieux de nutrition cellulaire.

G. d'Heucqueville.

LA SEMANA MEDICA
(Buenos-Aires)

G. Bermann et **J. M. Valdes.** ***Sur le diagnostic clinique différentiel des encéphalopathies dégénératives de l'enfance*** (*La Semana Medica*, tome XXXIX, n° 2002, Mai 1932). — B. et V. rapportent une observation fort instructive, car elle montre l'éclosion et le développement d'une grave atteinte neuro-psychique chez un enfant de 10 ans jusqu'alors sain.

Dans le délai de quelques mois, l'enfant cesse de fréquenter l'école, devient incapable d'exécuter les actes les plus simples. Somnambulisme.

Examen: Surdité corticale. Alexie: l'enfant lit les lettres isolées, non les mots. Pas de dysarthrie, de surdité sensorielle: l'enfant ne comprend plus le sens des paroles, mais entend les sons. Dysbasie. Parésie généralisée. Exagération des réflexes tendineux, clonus, surtout à gauche, signe de Babinski, à gauche. Atrophie papillaire.

Liquide céphalo-rachidien: Albumine 0 gr. 40. Réaction de Pandy positive, 3,6 lymphocytes.

Evolution lente. L'affectivité demeure longtemps intacte. Tardivement, l'enfant devient impulsif, grossier.

Dans les antécédents, B. et V. ont trouvé une famille de 8 cousins germains sur lesquels: 2 sont morts athrepsiques, 2 ont succombé à la suite de convulsions, et 3 des 4 survivants sont respectivement imbécile, sourd et paraplégique (maladie de Little).

On élimine aisément les diagnostics d'*hébéphréno-catatonie*, d'*hérédo-ataxie*. Ces symptômes sont à rapprocher de ceux de l'*idiotie amaurotique de Tay-Sachs*; Malkin a rapporté un cas semblable.

Cependant les signes neurologiques et humoraux invitent à ranger le cas étudié dans le cadre des *encéphalites*. B. et V. discutent les diagnostics d'*encéphalites périaxiales diffuse de Schilder* et de *sclérose diffuse de Strumpell*. Ils critiquent la nosographie actuelle des scléroses, nosographie rigide et confuse : mieux vaudrait se borner à l'énumération des symptômes dans chaque cas, que créer pour chacun une forme clinique nouvelle.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

Ch. Doan. ***La neutropénie; sa signification et sa thérapeutique rationnelle*** (*The Journal of the American medical Association*, t. XCIX, n° 3, 16 Juillet 1932). — La neutropénie est le terme exact qui qualifie l'affection communément appelée agranulocytose. Pour D., cette diminution du nombre des neutrophiles est le facteur étiologique essentiel du syndrome agranulocytose, et c'est contre ce facteur que doit porter l'effort thérapeutique.

Les travaux récents ont montré que les injections d'acide nucléique, ou mieux de nucléotides de pentoses, avaient une action stimulante sur la moelle osseuse, déterminant une hausse souvent considérable du chiffre des neutrophiles: c'est donc à ces substances qu'il faut recourir électivement pour le traitement de l'agranulocytose. De fait, les statistiques montrent que les malades traités par des injections de nucléotides n'ont subi qu'une mortalité de 5 pour 100, alors que les autres thérapeutiques ont donné une mortalité beaucoup plus forte (transfusion: 64 pour 100; irradiation: 53 pour 100).

R. Rivoire.

Harvey Cushing. ***Nouvelles remarques sur le basophilisme hypophysaire*** (*The Journal of the Medical Association*, t. XCIX, n° 4, 23 Juillet 1932). — Dans un article récent, Cushing a décrit le syndrome d'adénome basophile de l'hypophyse, caractérisé par des signes d'hyperfonction conjuguée cortico-surrénale, parathyroïdienne et thyroïdienne. Dans ce nouvel article, C. revient sur cette importante découverte, et cite quelques nouvelles observations. Surtout il a pu, par l'examen des coupes hypophysaires fournies par divers médecins, mettre en évidence l'existence d'adénome basophile passé inaperçu à l'autopsie de malades morts autrefois de cette affection. La réalité de cette audacieuse interprétation de C. semble donc de plus en plus probable, et c'est là une des plus intéressantes découvertes cliniques de ces dernières années.

R. Rivoire.

S. Haas. ***La maladie cœliaque; son traitement spécifique et sa guérison sans récidives*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCIX, n° 6, 6 Août 1932). — On désigne sous le nom de « maladie cœliaque » une affection survenant dans la première enfance, caractérisée par de la diarrhée, de l'anorexie, de la distension abdominale, de la cachexie et de l'infantilisme. Cette maladie est due à un défaut d'assimilation des hydrates de carbone, et nécessite pour sa guérison un régime absolument exempt de sucre. Dans ce but, on a préparé dans divers laboratoires du lait exempt de sucre (caséinate), dont l'usage exclusif a permis la guérison de cette affection. Un nouveau progrès a été réalisé lorsque Haas a montré que la banane crue ou la farine de banane était parfaitement tolérée par ces malades, à n'importe quelle dose. Il est donc maintenant possible de donner à ces malades un régime complet inoffensif, à base de caséinate et de banane; à condition d'ajouter un peu d'ergostérol à ce régime, on obtient assez rapidement une guérison totale, sans récidive, avec croissance normale en taille et en poids.

R. Rivoire.

J. Corvey, H. Sweany et **W Huzon.** ***Sévère asthme bronchique dû vraisemblablement à des spores de champignons parasitant les troncs de chêne*** (*The Journal of the American medical Association*, tome XCIX, n° 6, 6 Août 1932). — Les cas d'asthme par sensibilisation à diverses poussières végétales, et plus particulièrement à des spores, ne sont pas exceptionnels. C., S. et H. relatent dans cet article une petite épidémie d'accidents pulmonaires de type asthmatiforme, survenue chez des bûcherons abattant des chênes. Une enquête approfondie révéla l'existence, sous l'écorce de ces arbres, d'une fine poussière noire, que l'examen mycologique caractérisa: il s'agissait des spores d'un champignon parasite rare, connu sous le nom de « Coniosporium corticale ». Une série d'expériences sur l'animal fut entreprise avec cette poussière; il fut ainsi démontré que ce champignon ne se développait pas dans les poumons de l'animal, mais qu'il produisait un certain degré d'irritation. Etant donné d'autre part le caractère nettement allergique de l'affection, il est probable qu'il s'agissait à la fois de sensibilisation et d'irritation bronchiques, analogues au syndrome déterminé par l'inhalation de la poussière des graines de ricin.

R. Rivoire.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES
(New-York)

Ch. W. Barnett. ***La signification des sécrétions gastriques dans l'anémie pernicieuse*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIV, n° 1, Juillet 1932). — Castle a mis en évidence l'importance de l'achylie gastrique dans l'anémie pernicieuse. Il a montré que le suc gastrique des sujets normaux contient une substance de nature inconnue qu'il appelle « facteur intrinsèque » et qui est capable de libérer, aux dépens de la viande de bœuf, un dérivé des protéines à action antianémique, indispensable à la maturation normale des hématies. Il considère l'anémie pernicieuse comme une maladie par carence résultant de la sécrétion insuffisante de ce facteur intrinsèque par l'estomac.

S'il en est bien ainsi, il importe de savoir si les sujets présentant de l'achylie sans avoir d'anémie pernicieuse sont capables de sécréter ce facteur intrinsèque. Castle dit l'avoir trouvé chez 3 achyliques examinés par lui.

B. a repris ces recherches avec le suc gastrique de 2 sujets achyliques de longue date et n'ayant pas d'anémie. Il a donné à 2 malades atteints d'anémie pernicieuse de la viande de bœuf digérée au moyen d'un mélange chlorhydro-peptique et du suc gastrique de ces 2 sujets achyliques. Aucune modification significative de la formule sanguine ne fut constatée.

Ces résultats montrent que l'absence de facteur intrinsèque dans le suc gastrique ne conduit pas invariablement au développement de l'anémie pernicieuse.

P.-L. Marie.

B. M. Baker, J. Bordley et **W. T. Longcope.** ***L'influence de l'hépatothérapie sur les manifestations nerveuses de l'anémie pernicieuse*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIV, n° 1, Juillet 1932). — 44 malades atteints d'anémie pernicieuse, parmi lesquels 39 présentaient une atteinte du système nerveux, ont été soumis à l'hépatothérapie dont l'effet sur ces ma-

nifestations est encore très discuté. Les résultats favorables obtenus chez 61 pour 100 des malades, dont certains présentaient des signes accusés de dégénérescence combinée, viennent à l'appui de ceux déjà rapportés par maints auteurs, à savoir que les symptômes nerveux susceptibles d'être nettement modifiés, et parfois de façon saisissante, sont les troubles sensitifs et les parésies ainsi que les paralysies flasques. L'asthénie musculaire, les fourmillements, les atteintes prononcées de la sensibilité cutanée et osseuse même, l'ataxie, les troubles sphinctériens peuvent s'amender remarquablement ou disparaître. Par contre, l'exagération des réflexes, la spasmodicité, le signe de Babinski sont rarement modifiés.

Pour obtenir l'effet thérapeutique maximum, il faut des doses massives de foie, atteignant 400 gr. par jour. Dans bien des cas, l'amélioration, survenue dans le chiffre des globules rouges, ne correspond pas à celle des troubles nerveux; il faut alors forcer la dose de foie pour tenter d'avoir un résultat satisfaisant, lequel est toujours plus long à se manifester, demandant parfois deux et quatre mois de traitement ou plus, que l'amélioration sanguine. Certaines circonstances, telles que les infections intercurrentes, mettent facilement obstacle à l'amélioration nerveuse, la retardent ou provoquent des aggravations ou des rechutes.

Il semble bien que certains des symptômes nerveux observés relèvent d'altérations des nerfs périphériques, ce qui expliquerait les heureux résultats thérapeutiques obtenus, et il se pourrait qu'il s'agisse là originairement, comme dans le béri-béri, d'une carence en vitamines.

P.-L. Marie.

R. A. Kern et **E. G. Hakansson.** ***Traitement du mégacôlon par la parathormone*** (*The American Journal of the medical Sciences*, tome CLXXXIV, n° 1, Juillet 1932). — Dans 3 cas de mégacôlon, chez des sujets âgés de 32, 59 et 65 ans respectivement, K. et H. ont pu faire disparaître la constipation chronique résultant de l'anomalie intestinale au moyen d'injections de parathormone. Chez l'un des malades, l'efficacité du traitement se maintient depuis un an avec des cures intermittentes de parathormone (10 unités tous les jours pendant des périodes de trois semaines) associées à l'usage de lactate de calcium. Au bout de cette longue période, on n'a constaté ni décalcification du squelette ni hypercalcémie. Chez une autre malade, la radiographie montra au bout de huit jours de traitement un retour au calibre normal du côlon qui était considérablement dilaté.

K. et H. discutent les rapports possibles entre le fonctionnement anormal des parathyroïdes et les troubles de la motricité intestinale. Jusqu'ici, on n'a guère relevé de perturbations du côté du tube digestif dans l'hypo ni l'hyperparathyroïdie. Un seul des malades de K. et H. présentait, avant le traitement, de l'hypocalcémie qui disparut ensuite. Quelques faits cliniques et expérimentaux isolés suggèrent pourtant une relation possible, mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour préciser le mode d'action de la parathormone sur la fonction motrice de l'intestin. De même, il faudra encore de nouvelles observations pour savoir si l'administration prolongée de parathormone n'offre pas de danger.

P.-L. Marie.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

Grossman. ***Le traitement du lichen plan par les injections intramusculaires de salicylate de bismuth*** (*Archives of dermatology a. syphilology*, tome XXVI, n° 1, Juillet 1932). — Dans certains cas, le lichen plan n'obéit pas aux traitements usuels: injections de mercure ou d'arsenic, radiothérapie, employés soit isolément, soit combinés.

G. signale que depuis trois ans, il a traité 15 cas de lichen plan avec succès par des injections intramusculaires de salicylate de bismuth dans l'huile. Il fait une dizaine d'injections de 10 centigr., une par semaine. Au bout de 6 à 7 injections, les papules commencent à s'affaisser et à disparaître.

Sur le 15 cas traités, 14 furent guéris; le 15e malade, qui n'avait pas fait un traitement complet, fut amélioré.

R. Burnier.

Lurie. ***Traitement des verrues vulgaires par les injections intramusculaires de salicylate de bismuth*** (*Archives of dermatology a. syphilology*, tome XXVI, n° 1, Juillet 1932). — Nombreux sont les traitements proposés contre les verrues palmaires et plantaires: destruction par les acides, l'électricité, la neige carbonique, le radium, les rayons X. On a aussi conseillé les injections intramusculaires de sulfarsénol, l'administration du mercure par la bouche.

L. a traité 49 malades par les injections intramusculaires de salicylate de bismuth; à part 5 adultes, tous les malades étaient des enfants. 34 furent revus plusieurs mois après, ils étaient tous guéris.

Les verrues juxta-unguéales sont les plus résistantes, les verrues des mains disparaissent assez vite; celles des pieds disparaissent très vite.

Au début L. faisait une injection intramusculaire par semaine de salicylate de bismuth à doses variables suivant l'âge: 6 centigr. pour les enfants de 6 à 10 ans, 9 centigr. pour les enfants de 10 à à 13 ans et 13 centigr. pour les adultes. Actuellement, L. a modifié sa technique; on fait une seule injection et on attend. La régression commence ordinairement aussitôt et on ne refait une injection que lorsque la régression est arrêtée. Les injections suivantes sont faites à des intervalles de deux à trois semaines.

R. Burnier.

Moon et **Strauss.** ***Erythème noueux*** (*Archives of dermatology a. syphilology*, tome XXVI, n° 1, Juillet 1932). — On a longuement discuté sur la nature de l'érythème noueux, les uns le considérant comme une manifestation tuberculeuse, les autres comme de nature rhumatismale.

Un certain nombre d'auteurs considèrent cependant l'érythème noueux comme une maladie infectieuse indépendante de la tuberculose et du rhumatisme.

M. et S. ont examiné 3 cas d'érythème noueux et ils ont ensemencé des fragments biopsés de nodules, soit sur bouillon, soit en milieu semi-solide; ils ont obtenu dans les 3 cas des cultures de cocci assez épais, encapsulés, prenant le Gram et non mobiles; aucun autre microbe n'avait poussé.

Le microorganisme, examiné au laboratoire de bactériologie, ne ressemblait à aucune espèce décrite; il se rapprochait beaucoup du *Corynebacterium lymphophilum;* mais cette espèce n'est pas pathogène pour les animaux de laboratoire; elle est anaérobie et fait fermenter le dextrose. Or, l'organisme de l'érythème noueux produit des lésions sur l'animal; il est aérobie et ne fait pas fermenter le dextrose.

Chez un malade atteint d'une forme sérieuse d'érythème noueux (le malade avait plus de 200 nodules disséminés, des urines albumineuses et sanglantes) l'ensemencement du sang permit de cultiver le même microorganisme.

Des lapins et des cobayes furent inoculés avec les cultures de ce *Corynebacterium;* dans 13 cas sur 14, on put reproduire chez l'animal les lésions de l'érythème noueux, et le microorganisme fut retrouvé dans les cultures faites avec les lésions expérimentales.

L'érythème noueux paraît donc bien être une maladie infectieuse, causée par ce microorganisme, que les auteurs proposent d'appeler *Corynebacterium cutis-nodosae*.

R. Burnier.

BULLETINS ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE BUCAREST

D. Danielopolu et **J. Marcou** (Bucarest). ***Recherches physiologiques et pharmacodynamiques sur les muscles bronchiques: application du traitement chirurgical de l'asthme*** (*Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Bucarest*, 54e année, n° 6, Juin 1932, p. 431-455, 10 fig.). — Les résultats des recherches des divers auteurs sur les nerfs des bronches sont assez variables d'un auteur à l'autre. Néanmoins, tout le monde est d'accord pour admettre:

1° L'existence de filets broncho-constricteurs et broncho-dilatateurs;

2° L'antagonisme entre les filets sympathiques broncho-dilatateurs et les filets parasympathiques broncho-constricteurs;

3° L'origine double bulbaire et spinale;

4° L'importance plus grande du vague dans l'innervation des bronches.

Les recherches des auteurs leur ont montré:

Le nerf qui contient la plupart des filets broncho-constricteurs est le vague, et celui qui contient la plus grande partie des filets broncho-dilatateurs est l'anse de Vieussens.

Le nerf qui contient les filets centripètes dont l'excitation du bout central produit une bronchoconstriction ou au moins le groupe le plus important est le nerf vague.

De ces recherches et de la conception développée antérieurement par D. sur le mécanisme de production de l'accès d'asthme, il résulte que l'intervention la plus logique dans l'asthme serait la suivante:

Opérer à droite et pratiquer une vagotomie au-dessous du récurrent, avec sympathectomie cervicale, sans enlever le ganglion étoilé; section des rameaux communicants qui relient le ganglion étoilé aux VIe, VIIe et VIIIe cervicales et à la première paire dorsale, du nerf vertébral et des branches du vague sortant au-dessus du récurrent.

En cas d'échec, opérer à gauche en pratiquant les mêmes sections, sauf celle du vague.

M. Guibé.

ROMANIA MEDICALA (Bucarest)

O. Alfandary, Becher et **Bolboceano.** ***L'infection pneumococcique génitale chez la femme*** (*Romania Medicala*, année X, n° 7, 1er Avril 1932. — A., B. et B. publient un cas d'infection génitale pneumococcique. Une femme, âgée de 26 ans, accouche à terme; elle fait une pneumonie suivie d'une pleurésie à pneumocoque. L'enfant meurt à 3 semaines d'une broncho-pneumonie. En même temps, la mère fait une *annexite droite* à pneumocoque, diagnostiquée bactériologiquement, qui guérit par ponction du cul-de-sac droit. Les auteurs rappellent la rareté de l'infection génitale à pneumocoque.

Les voies d'infection sont: une voie ascendante *vagino-utérine*, une voie *hématogène*. Les voies intestinale et trans-diaphragmatique sont plus rares. La symptomatologie et l'évolution sont banales. Mais l'ouverture est à craindre et l'infection péritonéale est souvent mortelle.

Henri Krauter.

AMPOULES BUVABLES de 10cc
La boîte de 10 Ampoules 16 Frs.

UNE CONCEPTION NOUVELLE EN OPOTHÉRAPIE

1 à 3 AMPOULES PAR JOUR
La boîte de 10 Ampoules 16 Frs.

GLOBEXINE

ANEMIES. CROISSANCE
ETATS INFECTIEUX
LES ANALBUMINES

EXTRAIT AQUEUX TOTAL
DU GLOBULE SANGUIN
PRIVÉ DE SES ALBUMINES
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA
21. rue Chaptal. Paris. 9e

MISERE PHYSIOLOGIQUE
GROSSESSE. HEMORRAGIES
LES ANALBUMINES

LE SULFARSÉNOL | LE ZINC-SULFARSÉNOL

DU DOCTEUR LEHNHOFF-WYLD

Produits adoptés par les Hôpitaux

DOSES :	A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	5 millig.	1 ctgr.	1 ctgr. 1/2	2 ctgr.	3 ctgr.	6 ctgr.	12 ctgr.	18 ctgr.	24 ctgr.	30 ctgr.	36 ctgr.	42 ctgr.	48 ctgr.	54 ctgr.	60 ctgr.	72 ctgr.	84 ctgr.	96 ctgr.

ARSÉNOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

Pour injections intramusculaires ou sous-cutanées d'arsenobenzenes

— INDOLORES —

L'ARSÉNOS-SOLVANT est un sérum glucosé avec addition de gaïacol et de chlorétone

PRÉSENTATION : Boîtes de 1, 6, 12 ampoules.



Balsamique parfaitement toléré par le foie et les reins.

TETRASTHÉNOL

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesse.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE

Charles DESGREZ, Docteur en Pharmacie.

R. C. Seine 229.549 B. — **19-21, rue Van-Loo, PARIS (XVIe)** — Téléph. : Auteuil 26-62

OPTALIDON "Sandoz"

L'ANTINÉVRALGIQUE NOUVEAU

Calme sans effets stupéfiants toute douleur quelle que soit son intensité

Commencer par deux dragées prises à la fois. — Dose : 2 à 8 dragées par jour.

PRODUITS SANDOZ, 3 et 5, rue de Metz, PARIS (Xe). — M. CARILLON, Phcien de 1re Classe.
Dépôt général et vente : USINE DES PHARMACIENS DE FRANCE, 129, rue de Turenne, PARIS (IIIe).

A. Crainiceano. ***Pathogénie des insuffisances ovariennes*** (*Romania Medicala*, année X, n° 17, 1er Septembre 1932). — Avec Tinel, C. analyse la pathogénie de l'insuffisance ovarienne, d'un triple point de vue :

1° Déséquilibre neuro-végétatif.
2° Déséquilibre glandulaire.
3° Déséquilibre humoral.

1° Les études sur l'équilibre neuro-végétatif ont donné des résultats contradictoires. Adler, Cristofoleti, Halban trouvent l'existence d'une *sympathicotonie*. Eppinger, Decio, Asafe, Spengles, Kreiss trouvent de la *vagotonie*. Danielopolu, dans ses études sur le système végétatif, arrive à conclure que le sympathique et le vague possèdent chacun un *tonus absolu* et, de leur action antagoniste, il résulte pour chaque organe un *tonus relatif*. Il a montré que les diverses substances pharmacologiques agissent sur les deux systèmes, mais qu'elles ont une *action prédominante*, sympathicotrope, ou para-sympathicotrope. Le milieu sanguin est amphotrope, par l'équilibre qui y existe. On comprend qu'un trouble de fonction glandulaire ou une modification du milieu sanguin rompe cet équilibre et produise un déséquilibre du tonus végétatif.

Crainiceano, appliquant la méthode de Danielopolu, a trouvé sur 100 cas d'insuffisance ovarienne, d'origine chirurgicale (castration), une diminution du tonus sympathique et du tonus vagal. Dans la majorité des cas, C. a trouvé une *hypo-amphotonie* (tonus diminué pour les deux systèmes). Le même phénomène fut constaté dans les cas d'insuffisance ovarienne congénitale ou acquise (maladies diverses, rayons X) Crainiceano, administrant le calcium à *grande doses* (le calcium est sympathicotrope), vit que l'amélioration des phénomènes morbides était accompagnée d'une élévation du tonus, très remarquable.

2° Récemment, le déséquilibre humoral a été très étudié. Löwy et Richter trouvent une diminution du métabolisme basal de 10 pour 100, Kraul et Halter trouvent une diminution de 17-30 pour 100.

P. Weil et Guillaumin trouvent sur 34 cas 23 fois une diminution et 11 fois une augmentation du métabolisme basal. On trouve aussi des troubles de l'équilibre physico-chimique du sang.

P. Weil et Guillaumin ont étudié méthodiquement la question.

Ils ont montré que la ménopause s'accompagne d'une *acidose compensée* (diminution de la réserve alcaline avec un pH normal). L'équilibre phosphatocalcique est troublé. Leicher et Blanchetierre trouvent une augmentation du calcium; Adler, par contre, une diminution du Ca.

J. Dalsace a étudié récemment la calcémie et la phosphatémie avant et après la castration. Il a toujours trouvé une diminution de ces éléments. Leriche trouve dans l'hypophosphatémie l'explication du rhumatisme de la ménopause.

Le déséquilibre glandulaire. L'ovaire affecte particulièrement des rapports avec l'hypophyse, le corps thyroïde, la surrénale et le pancréas.

Le rôle de l'hypophyse a été démontré par Zondek et Ascheim, Brouha et Simonnet.

Le Prolan A continue à exister après la ménopause. Zondek a démontré qu'au début de la ménopause la quantité de folliculine éliminée par l'urine arrive à 200 U. S., c'est-à-dire 20 fois la quantité normale. C'est la période coïncidant avec les métrorragies de la ménopause. Dans une deuxième phase, la folliculine diminue et disparaît même; cette période correspond aux troubles vasomoteurs. Dans la troisième période la folliculine disparaît et l'on trouve une grande quantité de Prolan A. Il y a donc : une phase de *poli-folliculine*, une phase d'*oligo-folliculine* et enfin une phase de *poli-prolan*.

Certains faits expérimentaux et quelques observations cliniques prouvent les rapports du corps thyroïde et de l'ovaire. On sait qu'au cours de la gestation le corps thyroïde s'hypertrophie.

Il résulte des recherches sur les rapports de l'ovaire et du pancréas que l'insulino-thérapie peut produire chez l'animal un repos génital prolongé; on obtient ainsi une stérilisation temporaire de la souris blanche. Pavelesco et Georgesco ont essayé avec des résultats satisfaisants l'insulino-thérapie dans certaines métrorragies. Il existerait un antagonisme surréno-ovarien. Pour Mavromati l'injection d'adrénaline arrêterait le cycle œstral. Crainiceano croit à une action antagoniste, *par la voie végétative*, de la folliculine et de l'adrénaline.

Dans la ménopause, la folliculine disparaissant, la tension maxima s'élèverait par hyperadrénalinémie.

Henri Krauter.

G. Marinesco, E. Facon, A. Bruch et **A. Paunesco-Podeano.** ***Contributions à l'étude du syndrome hypoglycémique*** (*Romania Medicata*, année X, n° 18, 15 Septembre 1932). — L'emploi de l'insuline a déterminé l'apparition de troubles variés, allant depuis l'asthénie légère jusqu'au coma profond, en passant par des paralysies transitoires et certains états convulsifs, constituant un véritable syndrome hypoglycémique. Harris, Camidge, Labbé ont décrit l'existence d'un état d'hypoglycémie spontanée chez des sujets n'ayant jamais subi un traitement insulinique. Ces malades présentaient des symptômes analogues à ceux décrits plus haut; traités par l'ingestion de substances hydrocarbonées ils les voyaient disparaître. Marinesco et ses élèves citent l'observation d'un malade qui venait consulter pour des troubles constitués d'accès de somnolence, avec asthénie, apathie, obnubilation, allant jusqu'au sommeil profond. Ces accès étaient conditionnés par la carence alimentaire et disparaissaient par l'alimentation (surtout hydrocarbonée). Le dosage du sucre sanguin pendant l'accès montra 0 gr. 50 de glycose pour 1.000. Les examens de laboratoire ont prouvé que les fonctions du pancréas, de la sécrétion externe, étaient normales. Parker, Larimoore ont attribué le syndrome d'hypoglycémie spontanée à une hyperfonction pancréatique. Bierry, Maranon ont démontré que l'ablation des surrénales produit, avec l'asthénie et l'hypotonie, une diminution du glycose sanguin et une augmentation de la tolérance pour les hydrocarbonés; ces phénomènes disparaissent par l'anastomose surréno-jugulaire (expér. Chabrol).

Marinesco émet l'hypothèse que l'hypoglycémie spontanée est due à une intervention de l'hypophyse. Il élimine le rôle du pancréas par les épreuves de laboratoire, et celui des surrénales par l'absence de troubles du tonus vasculaire et musculaire. La Barre a obtenu de l'hypoglycémie par l'injection d'extrait hypophysaire qui agirait par excitation du vague. On sait que l'action antagoniste du pancréas et de la surrénale se réalise par l'intervention du système vago-sympathique. Cushing a constaté depuis 1910 que certains adénomes hypophysaires s'accompagnent d'hypoglycémie. Le malade de M. présentait quelques signes cliniques et radiologiques d'hyperplasie hypophysaire. En conclusion M. croit que l'on peut décrire, en dehors de l'hypoglycémie par hyperfonction pancréatique, une forme d'hypoglycémie spontanée par dysfonction hypophysaire. Zondek a montré récemment que l'hypophyse est le réservoir de brome de l'organisme. Dans le sommeil, la quantité de brome augmenterait dans les centres nerveux et le liquide céphalo-rachidien. Il est possible que l'hyperfonction hypophysaire produise l'hypoglycémie par le mécanisme cité et le sommeil par les modifications du métabolisme bromé.

Henri Krauter.

SPITALUL

(Bucarest)

I. Gildsteano, D. Théodoresco et **A. Tudor.** ***Ossification post-traumatique para-condylienne interne du fémur, ou maladie de Kohler-Pellegrini-Stieda*** (*Spitalul*, tome LII, n° 5, Mai 1932). — La maladie de Kohler-Pellegrini-Streda n'est que la complication banale d'un traumatisme. Le diagnostic est révélé uniquement par la radiographie. Les malades consultent généralement pour un traumatisme léger. Ce sont le plus souvent des sportifs ou des travailleurs, dont l'âge varie de 22 à 50 ans. La symptomatologie est réduite : une douleur de la région interne du genou, parfois une tuméfaction de la région et des crépitations. Plus tard peuvent apparaître une limitation des mouvements d'extension et de flexion, et la claudication; enfin l'hydarthrose et parfois l'atrophie musculaire sont très marquées. La radiographie frontale montre une image de tache caractéristique.

L'hypothèse de fracture est abandonnée; la plupart des auteurs en font un ostéome développé aux dépens du tisu conjonctif (Leriche, Policard). Fredet affirme que l'ombre de Stiéda apparaît ultérieurement au traumatisme; l'ombre augmente progressivement ; enfin l'examen histologique montre les caractères d'un ostéome. Le traitement comprend au début : pansement compressif, immobilisation d'une dizaine de jours, puis mobilisation, mécanothérapie, air chaud. Le traitement chirurgical ne sera indiqué que dans les cas d'ostéomes gênant sérieusement les mouvements ou d'ostéomes associés à d'autres lésions articulaires.

Henri Krauter.

D. Paulian et **C. Fortunesco.** ***Paralysie ascendante type Landry, évolution rapide avec rémission intercurrente*** (*Spitalul*, tome LII, n° 5, Mai 1932). — P. et F. rapportent l'observation d'un cas de paralysie ascendante type Landry; au cours de l'évolution survint une période de rémission qui fit croire a un début de guérison. Dès l'apparition de la fièvre on tenta le sérum antipoliomyélitique, des injections de strychnine et de lobéline. Il se produisit une seule nuit d'accalmie et le lendemain une amélioration des paralysies. On fait une séance de rœntgenthérapie bulbaire. L'urée sanguine est à 1,104 pour 1.000. Le malade succombe à un accès de suffocation.

Henri Krauter.

BRATISLAVSKE LEKARSKE LISTY

(Bratislava)

A. J. Chura. ***Etat du système parasympathico-insulaire dans la névropathie infantile*** (*Bratislavské Lekarske Listy*, n° 6, Juin 1932). — Les observations de l'auteur lui ont permis de constater chez les enfants névropathiques une tolérance plus grande à l'égard du sucre, une courbe glycémique très courte, souvent absolument pleine, une leucopénie modérée, de la lymphocytose et, dans plusieurs cas, une éosinophilie manifeste. D'après l'auteur, on peut expliquer ces états par une hypertonie parasympathico-insulaire ; en effet, l'administration de 25 à 30 morceaux de sucre par jour, en sus de l'alimentation correspondant à l'âge, a produit une augmentation de poids des enfants en trois semaines (en moyenne de 1 kilogr. 178), l'état physique se corrigea par la bonne harmonie des fonctions endocriniennes en même temps que l'activité psychique se régularisait d'une façon durable (disparition de l'instabilité et de l'excitabilité, etc.).

N. Kisthinios.

REVUE DES JOURNAUX

LE CONCOURS MÉDICAL
(Paris)

A. Jaubert et **P. Goy.** ***Produits solubles microbiens : leur pouvoir immunisant dans les infections staphylococciques. Anatoxine spécifique*** (*Concours Médical*, n° 22, 29 Mai 1932). — Il semble qu'il faille reviser la division classique en bactéries pyogènes et en bactéries toxigènes. Une culture jeune de staphylocoques contient des diastases et des produits solubles auxquels la pathologie expérimentale et humaine montre que peut s'appliquer le terme de « toxines ». On a pu décrire parmi les produits solubles staphylococciques la leucocydine, la phlogosine et l'hémolysine La pigmentation des différentes races de staphylocoques n'a aucun rapport direct avec leur pouvoir de sécréter des produits solubles pathogènes: les staphylocoques blancs sont les plus aptes à produire l'hémolysine. Une atmosphère d'anhydride carbonique favorise la production dans les milieux de culture (dont le pH le plus favorable est 7 à 7,2) des produits solubles toxiques staphylococciques.

J. et G. ont réalisé selon les méthodes de Ramon une anatoxine staphylococcique qui est bien tolérée et qui a un pouvoir immunisant supérieur à celui des émulsions microbiennes, des lysats et des bactériophages. Les lapins vaccinés à l'anatoxine ne meurent jamais à la suite d'inoculations virulentes sous-cutanées, alors que les animaux vaccinés par d'autres méthodes succombent parfois. Il se forme simplement un abcès dont le pus tend à s'évacuer naturellement. Aucun antigène tel que émulsions bactériennes, staphyphages, ne permet aux animaux de résister à une inoculation intraveineuse; chez les lapins vaccinés à l'anatoxine staphylococcique, on observe une survie nette. Les expériences de Burnet, en Angleterre, et de Gengou, en Belgique, confirment celles de J. et G. sur l'existence d'une toxine staphylococcique et de la possibilité de la transformer en anatoxine douée d'un pouvoir immunisant pour l'homme et l'animal.

Robert Clément.

ANNALES DE MÉDECINE
(Paris)

Ch. Laubry, Daniel Routier et **A. Van Bogaert.** ***Contribution à l'étude clinique et séméiologique de la sténose de l'isthme de l'aorte*** (*Annales de Médecine*, tome XXXII, n° 2, Juillet 1932). — L., R. et V. B. relatent par le détail 4 observations, et précisent un certain nombre de signes utiles au diagnostic de l'affection, tirés plus particulièrement de l'étude clinique et graphique du système artériel.

Le siège de la sténose crée une séparation nette entre deux régimes circulatoires, l'un en amont soumis aux variations de pression de la pompe cardiaque (tête, cou et bras), l'autre en aval (partie du thorax, abdomen et membres inférieurs) où les variations de pression d'origine cardiaque sont considérablement amorties par l'obstacle interposé.

Les signes locaux, aortiques, consistent en frémissement et souffle systoliques.

Parmi les signes artériels, la danse artérielle du cou contraste avec la difficulté qu'on éprouve à sentir la pulsation de la crurale, traduisant le contraste entre les deux territoires.

Les artériogrammes sont intéressants à étudier. Il convient de noter l'exagération aux membres supérieurs de l'onde systolique secondaire à toutes les contre-pressions et particulièrement à la maxima ;. tandis qu'au contraire, aux membres inférieurs, cette onde est très atténuée ou effacée. En d'autres termes, le pouls à la maxima aux membres supérieurs est en plateau ou anacrote, tandis qu'aux membres inférieurs, il ne présente aucun de ces deux aspects. L., R. et V. B. étudient minutieusement ces caractères. Le pseudo-anacrotisme est dû à une onde supplémentaire.

On admet généralement chez ces malades un asynchronisme radio-fémoral, dû à l'obstacle. Sauf sténoses très serrées, ce retard est dû, s'il existe, à l'absence de l'onde supplémentaire *a'*. Une paroi artérielle peu élastique la transmet de façon défectueuse, ce qui fait apparaître l'asynchronisme radio-fémoral. D'ailleurs, plus la sténose est serrée, plus le retard du pied de l'onde primaire *a* est grand.

Ces signes artériels consistent donc en une différence d'amplitude de l'expansion artérielle dans les deux territoires, pré- et post-sténosiques, avec anacrotisme vrai dans le premier, pseudo-anacrotisme dans le second ainsi que retard de l'onde systolique. Ceci confirme le rôle important des résistances périphériques et de l'encombrement vasculaire comme facteurs d'anacrotisme.

L. Rivet.

L'ENCÉPHALE
(Paris)

H. Claude. ***L'hystérie dans ses rapports avec divers états psychopathiques*** (*Encéphale*, tome XXVII, n° 6, Juin 1932). — C. rapproche les troubles névropathiques si variés, que les écoles neurologiques, de Charcot à Babinski, ont décrits comme hystériques, des types affectifs morbides isolés par lui sous les noms de schizoïdie et de schizoses.

Crises convulsives théâtrales, crises de somnambulisme, de narcolepsie, de catalepsie, délires oniriques transitoires avec fragmentation de la personnalité, peuvent s'observer aussi bien chez les hystériques que les schizophrènes.

C. rappelle un cas mixte fort instructif, qu'il observa en 1926 avec Tinel : « un accès dépressif » dont les manifestations, « ayant survécu par persévération » hystérique, en imposèrent pour une démence précoce, et cependant guérirent .

Entre hystérie et schizophrénie demeure la différence essentielle que l'une apparaît et guérit sous l'influence de causes légères (émotion, invigoration thérapeutique), tandis que l'autre, faisant corps avec la personnalité, évolue indépendamment des circonstances extérieures. De même entre hystérie et psychasténie (cette dernière équivalant à une schizoïdie dans laquelle l'auto-critique serait conservée).

G. d'Heucqueville.

J. Vié et **J. Bobé.** ***Les idées délirantes de grossesse*** (*Encéphale*, tome XXVII, n° 6, Juin 1932, — Très fréquente en pathologie mentale, voisine des idées délirantes de zoopathie interne, l'idée de grossesse se développe sur un instinct essentiel de la femme, l'instinct de maternité, bien plus que sur l'instinct sexuel. Elle implique un affaiblissement psychique avancé.

V. et B. rapportent des observations de débiles, de délirantes chroniques persécutées, de mélancoliques d'involution, de démentes, présentant des idées de grossesse. Chaque maladie confère à l'idée délirante des caractères particuliers. Les facteurs pathogéniques sont fort nombreux: maladies génitales, aménorrhée, troubles sympathiques, entérocolite muco-membraneuse, hallucinations cénesthésiques. Aussi la valeur séméiologique de l'idée de grossesse est-elle très différente dans ces cas.

G. d'Heucqueville.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

P. Meignant. ***Le point de vue de l'« Individual-psychologie » adlérienne sur le crime et la délinquance, spécialement juvéniles*** (*Hygiène Mentale*, tome XXVII, n° 6, Juin 1932). — L'on connaît les postulats de la doctrine psychologique d'Adler, sœur cadette de la psychanalyse de Freud : l'individu n'est pas, comme une machine, un assemblage d'organes, mais une « unité foncière », qui cherche à se développer. La vie sociale crée des obstacles à cette tendance d'expansion, révélant les « points faibles » de la personnalité, donnant naissance au « sentiment d'infériorité » et aux « mécanismes de compensation ». M. cite le cas d'un enfant lourd, maladroit, rebuté par les quolibets, qui se réfugie dans une inaction pathologique: l'on s'aperçoit trop tard qu'il était simplement daltonien.

Le sentiment d'infériorité existe à la base de toute délinquance. Cette dernière est une attitude de renoncement ou de révolte; l'alcoolisme, la prostitution, en sont d'autres conséquences immédiates. Chez l'enfant prédisposé, les mécanismes qui conduisent de la déception à la délinquance sont particulièrement simples. La psychothérapie individual-psychologique, qui s'efforce de développer des processus de compensation sains, non anti-sociaux, est déjà pratiquée avec succès dans certains dispensaires spéciaux autrichiens ou américains.

G. d'Heucqueville.

LE NOURRISSON
(Paris)

H. Slobosiano, M. Georgesco et **P. Herscovici** (Bucarest). ***Contribution à l'étude de l'induration cutanée curable des nouveau-nés*** (*Le Nourrisson*, Juillet 1932). — Lorsque l'induration cutanée atteint la face, elle est capable de rendre difficile et même d'empêcher la succion en raison des douleurs provoquées par celle-ci. Ces indurations cutanées faciales sont dues pour la plupart à des applications de forceps. C'est plusieurs jours après l'intervention que les infiltrations des joues s'organisent, deviennent dures, enserrent les filets nerveux; les mouvements de succion deviennent douloureux, les enfants refusent le sein, on est forcé de les nourrir à la cuiller ou au biberon. Tous les enfants qui ont une induration faciale ne souffrent pas de leurs lésions et tettent assez bien. La gêne de la succion dure autant que les nodules d'induration et disparaît avec eux.

Les facteurs étiologiques des indurations cutanées sont la constitution du sujet, le traumatisme et le froid.

Les différences physiques et chimiques des lipides de la peau expliquent la variété de réactions du tissu graisseux du nouveau-né: chez certains, il existe une prédisposition à la fibrose.

Les traumatismes même forts, comme les coups avec le marteau à réflexes, ne déterminent que des infiltrations de faible intensité et seulement dans la proportion de 39 pour 100 des cas.

Le froid (la congélation au chlorure d'éthyle) a une action beaucoup plus marquée que le traumatisme dans la production des indurations cutanées. Après la congélation expérimentale, on observe de grandes infiltrations et des plaques dures comparables aux indurations obstétricales (ceci dans la proportion de 70,8 pour 100 des cas). On peut se dedander si l'induration cutanée étendue à un ou plusieurs segments de corps, particulière au nouveau-

né, n'est pas en rapport avec l'hypothermie post-natale, tandis que les nodules d'induration cutanée limités seraient plutôt d'origine traumatique.

Au point de vue histologique, les biopsies pratiquées ont montré que les indurations cutanées expérimentalement provoquées par la congélation simple ou associée au traumatisme sont constituées par les mêmes lésions que les indurations obstétricales.

Robert Clément.

REVUE SUD-AMÉRICAINE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE (Paris)

Augusto **Casanegra** (Buenos-Aires). ***Le traitement pré-opératoire du diabétique*** (*Revue Sud-Américaine de médecine et de chirurgie*, tome III, n° 6, Juin 1932). — L'insuline a transformé le pronostic des interventions chirurgicales chez les diabétiques, ainsi que C. l'établit par une importante statistique personnelle présentée en trois tableaux.

Chez le diabétique, l'opération non urgente est un simple incident: traitement ordinaire du diabète jusqu'au jour de l'opération. Pas de jeûne pré-opératoire, et, une demi-heure avant, insuline, pour parer à l'effet hyperglycémiant du choc et de l'anesthésie.

Pour le diabétique dont l'opération est d'extrême urgence: insuline à doses variables suivant le degré de glycosurie et de cétose; sérum physiologique ou glucosé. Intervention immédiate.

Pour le diabétique chez lequel il y a urgence, mais lorsqu'on peut attendre quelques heures ou quelques jours, traitement de l'acidose, jusqu'à ce que le chirurgien indique le moment de l'opération. L. Rivet.

REVUE DE LA TUBERCULOSE (Paris)

A. Bouveyron. ***Méthode pour amplifier les cuti-réactions à la tuberculine et pour prévenir les réactions tuberculiniques à distance*** (*Revue de la tuberculose*, 3e série, tome XIII, n° 6, Juin 1932). — Les cuti-réactions produites par la tuberculine brute de l'Institut Pasteur diluée au quart, mais avec addition d'adrénaline dans la proportion, par exemple, de 1 pour 1000 du mélange, ont des zones d'infiltration et d'érythème plus larges que les cuti-réactions symétriques produites par la même tuberculine diluée, mais sans addition d'adrénaline. Les cutis avec addition d'adrénaline sont souvent deux fois plus larges que les témoins. Néanmoins, elles n'apparaissent pas plus précocement, et leur durée d'évolution n'est guère plus longue.

L'addition d'adrénaline n'a pour effet que d'amplifier la cuti-réaction tuberculinique, mais il faut que celle-ci existe pour la tuberculine sans adrénaline. Des recherches comparatives chez 32 nouveau-nés ont montré que jamais l'addition d'adrénaline à la tuberculine ne crée de fausses allergies en faisant apparaître des cuti-réactions faussement positives chez des sujets indemnes de tuberculose.

Cet effet est dû en partie à ce que l'adrénaline maintient, tant que dure la phase de vaso-constriction, un haut degré d'imprégnation tuberculinique au niveau de la surface scarifiée. Mais cette explication toute mécanique de l'action de l'adrénaline n'est pas exclusive d'une explication biochimique par augmentation, soit de la perméabilité cellulaire, soit de l'allergie locale.

L'emploi de l'adrénaline dans les cuti-réactions tuberculiniques a cet autre avantage de prévenir des réactions tuberculiniques à distance (générales ou focales), en réduisant au minimum l'absorption générale de tuberculine.

L. Rivet.

REVUE MÉDICALE DE L'EST (Nancy)

L. Caussade et **P. Melik-Pachaiew.** ***Recherches cliniques et expérimentales sur la fièvre de lait sec*** (*Revue Médicale de l'Est*, tome LX, n° 13, 1er Juillet 1932). — Chez un nourrisson sain de 3 mois et 1/2, C. et M. ont pu provoquer à volonté de la fièvre, en lui administrant soit un régime de lait sec concentré, soit un régime de lait normal auquel on ajoutait de la caséine et du sel en quantités égales à celle du régime de lait sec pyrétogène; mais ni la caséine ni le sel, donnés isolément, ne furent hyperthermisants. La même expérience put être répétée chez un deuxième enfant de 5 semaines.

De ces expériences, on peut conclure que la fièvre observée chez les nourrissons élevés au lait sec n'est ni une fièvre protéinique ni une fièvre saline. Tout se réduit à une question de concentration protéinique ou saline dans l'eau de dilution.

Si certains nourrissons présentent de la fièvre de lait sec et d'autres non, si dans certains cas, il y a une période de latence qui n'existe pas dans d'autres, si le même enfant peut réagir par une élévation thermique successivement aux régimes de lait sec, de lait condensé ou de babeurre conservé, tout cela dépend de la constitution de l'enfant, de sa thermolabilité, de son hydrolabilité, de ses réserves antérieures en eau de constitution, de la température ambiante et enfin de l'état hygrométrique de l'air entravant plus ou moins la perspiration. Pour abattre la fièvre, il a suffi à plusieurs reprises d'enlever le maillot de l'enfant.

L'hyperthermie matinale s'explique par la chaleur accumulée pendant la nuit, par l'élévation de l'état hygrométrique de l'atmosphère entre 22 heures et 4 heures du matin.

Tous ces faits prouvent l'origine périphérique de l'hyperthermie dans la fièvre de lait sec.

Robert Clément.

M. Perrin et **A. Guénot.** ***A propos de 13 observations nouvelles d'hypersensibilité au venin d'abeilles*** (*Revue Médicale de l'Est*, tome LX, n° 15, 1er Août 1932). — Le mode de réaction des sujets non accoutumés aux piqûres d'hyménoptères est très variable; l'effet d'une seule piqûre va d'une petite papule ortiée à la mort brutale. Exceptionnels, les accidents généraux plus ou moins graves n'en existent pas moins; il en existe une centaine de cas dans la littérature, P. et G. apportent 13 observations nouvelles.

Les accidents d'hypersensibilité s'observent souvent lors d'une première piqûre, chez un sujet que rien ne faisait supposer particulièrement sensible. Cinq minutes après la piqûre, il est pris d'un malaise avec constriction thoracique et difficulté respiratoire angoissante, puis est pris de vertiges et s'écroule sans connaissance. Après quelques minutes, il reprend ses sens, mais est dévoré par un prurit intense; ses téguments, œdémateux par places, sont recouverts d'une éruption urticarienne généralisée. Il est très agité et peut présenter des crises épileptoïdes, il est pris de vomissements et d'une diarrhée impérieuse; quatre à cinq heures après la piqûre tout rentre dans l'ordre. La crise peut n'être qu'ébauchée ou, au contraire, l'intoxication est si brutale que la mort survient avec une rapidité terrifiante.

La plupart des observations se ressemblent beaucoup. Ces sujets présentent, en outre, de l'hypotension et de la leucopénie.

Ces hypersensibilités au venin d'abeilles peuvent être acquises et sont des sensibilisations de nature anaphylactique, celles qui sont congénitales correspondent à une idiosyncrasie somatique.

Leur traitement, outre la médication symptomatique, hypertensive et tonicardiaque, consiste à ralentir la résorption du venin par la pose rapide de liens ou de ventouses et à désintoxiquer l'organisme par le sérum antivenimeux ou l'alcoolisation.

Robert Clément.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

E. Schliephake. ***Utilisation des rayons de courte longueur d'onde*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 32, 5 Août 1932). — Ce sont les rayons dont la longueur d'onde comporte 3 à 16 mètres et qui sont émis par des appareils spéciaux permettant un dosage précis. Biologiquement ces irradiations courtes ont une double action générale et locale.

Sur l'état général, l'exposition aux rayons trop prolongée ou pratiquée sans précautions provoque des manifestations proches de celles des neurasthéniques: abattement diurne et agitation nocturne, céphalée progressive, etc. Les troubles sont surtout marqués pour les ondes de 4 à 5 m. La chaleur à elle seule n'explique pas ces troubles, et on doit incriminer une altération de la régulation thermique centrale. L'étude expérimentale histologique ainsi que l'examen de l'image sanguine n'apportent pas d'éléments plus précis. Localement on note, outre un afflux leucocytaire, une dilatation marquée des capillaires. Cet élargissement diffère de celui provoqué par l'hyperhémie locale, en ce qu'il persiste assez longtemps et ne régresse pas sous l'influence de l'adrénaline. Il semble y avoir action paralysante sur le sympathique et excitante sur le vague.

L'action des ondes courtes en pratique est intéressante, en particulier on constate que la formation de chaleur est plus intense dans les abcès que dans le tissu environnant.

Après avoir essayé des applications thérapeutiques sur l'animal, puis sur lui-même, S. s'est efforcé d'utiliser ces ondes à propriétés spéciales, chez des malades atteints d'affections diverses: furoncles, anthrax, hydrosadénites, panaris, foyers paradentaires, suppuration du sinus maxillaire, empyème pleural, rhumatisme articulaire, ostéomyélite, affections angiospastiques, gangrènes par artérite, etc.

Les résultats ont été surprenants et permettent de considérer ce mode de traitement comme susceptible de rendre de grands services. Ses indications seraient beaucoup plus étendues que celles de la diathermie, car il agit sur des processus aigus vis-à-vis desquels la diathermie est contre-indiquée.

Le mode d'action des ondes courtes est complexe: on peut admettre qu'elles ont une influence sur les capillaires et qu'elles augmentent leur perméabilité; mais, en outre, on s'explique mal le rôle bactéricide que l'on constate ainsi qu'une action excitante sur les forces de défense.

Enfin, du point de vue expérimental, une utilisation des ondes courtes dans les recherches sur le centre régulateur thermique a déjà fourni des résultats qu'il serait intéressant de préciser et d'étendre. Peut-être y aurait-il là une voie vers l'étude du mode d'action du refroidissement dans le déterminisme des maladies.

G. Dreyfus-Sée.

H. Schwartz. ***Dystrophie adiposo-génitale au cours de la syphilis héréditaire*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 32, 5 Août 1932). — La coexistence du syndrome adiposo-génital et de signes d'hérédo-syphilis serait assez fréquente pour justifier une recherche systématique des stigmates de spécificité lorsque ceux-ci ne sont pas évidents chez un sujet atteint du syndrome de Babinski-Fröhlich.

Les 3 cas observés par S. comportaient en parti-

LE VEINOTROPE

TRAITEMENT INTÉGRAL de la **Maladie veineuse** — et de ses — COMPLICATIONS

Médication synergique
à base d'Extraits opothérapiques
irradiés aux Rayons U. V.

3 formes — **3 formes**

DOSE : 2 comprimés en moyenne 1 heure avant les 2 repas principaux ou suivant prescription médicale. Avaler sans croquer.
DURÉE DU TRAITEMENT : 3 semaines par mois. Chez la femme interrompre au moment des règles.

Formule M
(Usage Masculin)

Para-Thyroïde	0.001
Orchitine	0.035
Surrénale	0.005
Pancréas	0.100
Hypophyse (lobe post.)	0.001
Extrait de Marron d'Inde	0.005
Ex. d'Hamamélis Virginica	0.010
Poudre de Noix Vomique	0.005
Excipient q. s. pour un comprimé	0gr.35

(Comprimés rouges)

VEINOTROPE-POUDRE
(ULCÈRES VARIQUEUX et plaies en général)

Extrait embryonnaire	1 gr.
Protéoses hypotensives du Pancréas	3 gr.
Calomel	4 gr.
Talc stérile q. s. pour	100 gr.

Poudrer après lavage au sérum physiologique et recouvrir de gaze stérile.

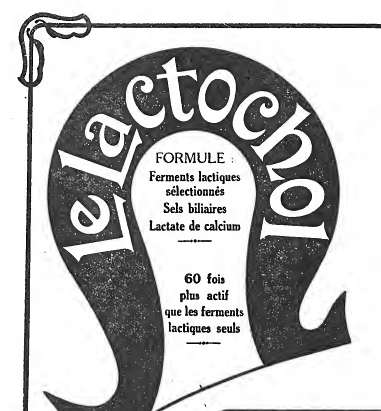
Formule F
(Usage Féminin)

Para-Thyroïde	0.001
Ovaire	0.035
Surrénale	0.005
Pancréas	0.100
Hypophyse (lobe post.)	0.001
Extrait de Marron d'Inde	0.005
Ex. d'Hamamélis Virginica	0.010
Poudre de Noix Vomique	0.005
Excipient q. s. pour un comprimé	0gr.35

(Comprimés violets)

LABORATOIRES LOBICA
46 Avenue des Ternes PARIS (17e)
G. CHENAL _ PHARMACIEN

DESINFECTION INTESTINALE



Docteurs ! Le granulé de Lactochol est le spécifique des Gastro-Entérites, Entérites, Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

DOSES :

I. GRANULÉS

1° ADULTES : 4 à 12 cuillerées à café avec un peu d'eau sucrée.
2° ENFANTS : 2 à 4 cuillerées à café.
3° NOURRISSONS : Une demi-cuillerée à café délayée dans un peu d'eau bouillie ou de lait avant la tétée ou le biberon, plusieurs fois par jour.

II. COMPRIMÉS

1° ADULTES : 4 à 12 Comprimés par jour, 1/4 d'heure avant le repas avec de l'eau sucrée (avaler sans mâcher).
2° ENFANTS : 2 à 6 par jour dans les mêmes véhicules.

LACTOCHOL

LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL Phien 46, AVENUE DES TERNES _ PARIS (17e)

culier des symptômes neurologiques attribuables à la syphilis.

S. recommande de pratiquer un examen neurologique complet, de contrôler avec soin l'anamnèse héréditaire, de vérifier sérologiquement les humeurs: sang et liquide céphalo-rachidien, surtout si le malade présente des anomalies psychiques. Parfois l'état du sujet peut faire penser à un début de paralysie générale juvénile. Si des manifestations cliniques ou humorales prouvent la syphilis, on peut espérer par le traitement une régression nette des symptômes. Des cures multiples, parfois une pyrétothérapie réactivante, seront indiquées, sans négliger l'administration d'extraits endocriniens de lobe antérieur d'hypophyse.

De nouvelles études sont nécessaires pour arriver à comprendre pourquoi la syphilis, facteur efficient du syndrome adiposo-génital, paraît, par contre, ne pas être en cause lors des autres syndromes hypophysaires (acromégalie, etc.).

G. Dreyfus-Sée.

MUNCHENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT

(Munich)

K. J. Anselmino et **F. Hoffmann.** ***Le mécanisme de l'ictère des nouveau-nés*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 31, 29 Juillet 1932). — L'intérêt du problème pathogénique de l'ictère des nouveau-nés est plutôt théorique que pratique, mais son importance au point de vue de la pathologie générale a suscité de nombreuses recherches. A. et H. considèrent que cet ictère est en relation avec les modifications de l'oxygénation accompagnant le passage de la vie intra à la vie extra-utérine.

Le sang fœtal est remarquablement pauvre en oxygène et les dosages comparatifs effectués dans le sang maternel et fœtal montrent que le placenta constitue une barrière effective importante.

Le fœtus se trouve donc *in utero* dans des conditions absolument comparables à celles des sujets respirant dans l'atmosphère raréfiée des hautes altitudes. La carence en oxygène du sang fœtal dépasse même de beaucoup celle qu'on a observée chez les ascensionnistes parvenus aux plus hauts sommets, elle correspond environ aux conditions qui seraient réalisées à 10.000 mètres d'altitude.

L'adaptation du sang fœtal à de telles conditions se fait selon un processus parallèle aux modifications hématologiques constatées chez les adultes vivant sur les sommets; on note dans les 2 cas une accélération du pouls, une augmentation relative du volume du cœur, un notable accroissement de la teneur en hémoglobine ainsi que de la masse sanguine totale, enfin une augmentation du glutathion et de la catalase du sang.

Lors de la naissance, la respiration pulmonaire provoque brusquement une oxygénation beaucoup plus intense qui nécessite une nouvelle adaptation. Le rétablissement normal des divers phénomènes cardiaques, sanguins, etc., se fait habituellement sans incident. Seule la destruction de l'hémoglobine en excès déterminant la formation de bilirubine en grande quantité va être à l'origine de l'ictère.

Les principales objections à cette thèse se résument à deux questions essentielles auxquelles l'auteur s'efforce de répondre.

1° Hirsch et Yeppö ont trouvé une augmentation préexistante du taux de bilirubinémie dès la naissance et parfois même avant elle. Il s'agirait là de phénomènes préparatoires à l'adaptation. Avant et surtout pendant le travail, l'oxygénation du fœtus s'active; en particulier, l'augmentation de pression due aux contractions utérines peut favoriser le passage de l'oxygène dans la circulation fœtale. La destruction massive d'hémoglobine accompagnera ensuite le début de la respiration pulmonaire qui rend inutile cet excès de substance vectrice d'oxygène; ceci explique aisément la production de la bilirubinémie excessive des premières semaines.

2° On s'est demandé pourquoi un certain nombre de nourrissons seulement devenaient ictériques. Deux facteurs sont en cause: tout d'abord le taux de l'hémoglobinémie et, par conséquent, celui de la bilirubinémie sont variables suivant les enfants. Le seuil de l'ictère n'est donc pas atteint par tous. En deuxième lieu, un facteur de perméabilité capillaire et cellulaire entre en jeu pour expliquer qu'un même taux de bilirubinémie ne détermine pas constamment l'ictère ou encore provoque des colorations cutanées d'intensité variable d'un sujet à l'autre.

Ce facteur individuel est aisé à démontrer. L'application cataphorétique d'histamine sur la peau augmente la perméabilité capillaire. On peut ainsi obtenir chez les nouveau-nés non-ictériques une papule jaune, aussi bien que chez les ictériques. Ce rôle de la perméabilité cellulo-vasculaire dans le déterminisme de la jaunisse explique sa fréquence plus grande chez les prématurés; on sait, en effet, que le degré de perméabilité est en raison inverse de la maturité du fœtus et diminuera encore ultérieurement au fur et à mesure que l'enfant vieillit.

G. Dreyfus-Sée.

K. Beck, K. Beringer et **M. Gundel.** ***Recherches expérimentales sur la chimiothérapie des méningites*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 33, 12 Août 1932). — Pour établir la valeur bactéricide de divers médicaments, les auteurs ont entrepris 3 séries d'expériences.

Choisissant des sujets atteints d'affections mentales sans altération du liquide céphalo-rachidien, ils ont tout d'abord pu établir l'absence de pouvoir bactéricide de ces liquides normaux vis-à-vis de cultures récentes de bacilles typhiques, de pneumocoques, de streptocoques et de staphylocoques.

En second lieu, ils ont ajouté au mélange des liquide céphalo-rachidien et culture microbienne une faible quantité des diverses substances antiseptiques employées dans le traitement des méningites. Dans ces conditions, les solutions de cylotropine et d'urotropine se sont montrées totalement inactives, alors que le pouvoir bactéricide de la trypaflavine s'est révélé très intense.

La troisième série d'expériences plus intéressantes comporte la chimiothérapie *in vivo*. Des sujets atteints de schizophrénie ou de méningite tuberculeuse ont reçu une injection intra-veineuse du médicament à essayer, puis leur liquide céphalo-rachidien prélevé, une heure, puis quatre heures, puis vingt-quatre heures après a été ajouté aux tubes contenant les dilutions de cultures microbiennes.

L'action bactéricide de l'urotropine, la cylotropine, le septoïode, le solganal et la trypaflavine a été ainsi contrôlée. Seule la trypaflavine, après plusieurs injections intraveineuses, a paru inhiber légèrement le développement microbien. Par contre, l'administration de ce médicament directement dans le liquide céphalo-rachidien lui a conféré un pouvoir anti-microbien comparable à celui qu'il exerce *in vitro*.

En ce qui concerne les applications pratiques, certaines objections peuvent être opposées à la transposition directe des résultats expérimentaux à la clinique. Cependant, la supériorité du traitement par la trypaflavine intra-rachidienne sur les autres méthodes chimiothérapiques paraît confirmée par de nombreuses observations. Les auteurs recommandent donc d'utiliser ce traitement précocement, son efficacité aux stades plus évolués de méningite purulente demeurant très douteuse.

G. Dreyfus-Sée.

M. Hochrein. ***L'interprétation des bruits cardiaques des hypertendus*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXIX, n° 33, 12 Août 1932). — A l'inverse de l'opinion classique, la présence de bruits anormaux cardiaques chez les sujets hypertendus paraît avoir le plus souvent une importance pratique.

Dans 52 pour 100 des cas observés, H. a pu tirer de l'auscultation attentive du cœur des conclusions cliniques utilisables.

Les bruits protodiastoliques assez fréquents constituent un signe précoce d'insuffisance circulatoire, et il y aura lieu d'en tenir compte dans l'établissement du pronostic et de la thérapeutique.

Les anomalies des bruits perçus au niveau de l'orifice mitral ne sont pas toujours, comme on l'a dit, des manifestations fonctionnelles. Dans 20 pour 100 des cas, il s'agissait de lésions organiques; en particulier, l'association fréquente de lésion valvulaire mitrale, surtout sténose orificielle, et d'hypertension a été prouvée lors des vérifications nécropsiques de 167 sujets. Certains signes caractérisent durant l'existence ce groupe de malades: bruits anormaux au niveau de l'orifice mitral, diminution de la capacité vitale, troubles électrocardiographiques; parfois, arythmie absolue ou allongement de l'intervalle P Q, etc. Une thérapeutique toni-cardiaque énergique s'impose, même alors qu'on ne constate pas de signes de décompensation; elle détermine une chute tensionnelle rapide jusqu'à la normale.

Le mécanisme de ce type d'hypertension est mal connu, il paraît se rattacher à des phénomènes réflexes.

Le diagnostic de ce syndrome est important à porter précocement, car le traitement par le strophantus et la digitale peut retarder, et parfois même éviter, l'évolution vers le stade secondaire d'hypertension confirmée dont le pronostic serait beaucoup plus sombre.

G. Dreyfus-Sée.

R. Sielmann. ***Traitement radiothérapique au cours de la maladie de Basedow et des thyréotoxicoses (2.000 cas sans accident mortel ni incident notable durant les 25 dernières années)*** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, tome LXXIX, n° 33, 12 Août 1932). — Cette importante statistique concorde avec les observations américaines et françaises qui ne relatent aucun cas mortel attribuable à la radiothérapie. Des cas isolés de mort au cours du traitement ont toujours pu être expliqués par d'autres affections concomitantes. La survenue rare de myxœdème était provoquée par des erreurs de technique facilement évitables.

Ces résultats doivent encourager à considérer la radiothérapie comme le traitement de choix des syndromes basedowiens et des thyréo-toxicoses. La thérapeutique chirurgicale qui fait courir aux malades des risques sensiblement plus élevés doit, en définitive, céder le pas au traitement radiologique, parfaitement inoffensif lorsqu'il est exécuté correctement.

G. Dreyfus-Sée.

MEDIZINISCHE KLINIK

(Berlin, Prague, Vienne)

K. Amersbach. ***Observations sur le diagnostic et le traitement des corps étrangers des voies aériennes inférieures et de l'œsophage dans l'enfance*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 7, 12 Février 1932). — A. rappelle la gravité toute spéciale des corps étrangers des voies aériennes ou de l'œsophage chez l'enfant. Il y a des causes multiples de cette gravité: l'étroitesse absolue et relative des voies aériennes à cet âge; la délicatesse particulière de la muqueuse; les difficultés techniques de la laryngo-trachéo-bronchoscopie ou de l'œsophagoscopie; les inconvénients de la trachéotomie pour le développement ultérieur du con-

duit laryngo-trachéal; la nécessité de l'anesthésie générale (l'hédonal suffit habituellement jusqu'à un an; chez les enfants plus âgés, A. emploie l'anesthésie rectale à l'avertine); enfin la fréquente ignorance des commémoratifs.

Les deux observations relatées témoignent des dangers que peut présenter une intervention médicale trop tardive ou maladroite.

La première est celle d'une fillette de 1 an, qui, pendant qu'elle jouait dans une grange avec de la paille, fut prise d'une quinte de toux. Le père, qui se trouvait là, avait remarqué que l'enfant avait quelque chose dans la bouche, et en retira un brin de paille. Cependant la quinte de toux continua, l'enfant suffoqua, devint violette et perdit même connaissance quelques instants; par la suite, la respiration sembla redevenir normale, mais le bébé continua à tousser et ne voulait rien manger. Le soir même, la fièvre commença. Le troisième jour, apparut de la fétidité de l'haleine. Le quatrième jour, un médecin fut appelé, mais il ne voulut pas attacher d'importance à l'histoire de corps étranger « dégluti » que rapportait la mère, et il fit le diagnostic de bronchite. C'est seulement le quatorzième jour que l'enfant fut amené dans un service de médecine, où on constata par la radiographie et par la ponction l'existence d'un épanchement purulent de la base droite, avec des staphylocoques et de courts bâtonnets gram-positifs. Sous anesthésie à l'hédonal, on fit une laryngoscopie directe, qui montra l'hypopharynx rempli de pus d'origine trachéale. Une trachéotomie, faite aussitôt, donna issue à une quantité extraordinaire de pus et permit d'apercevoir et de retirer, dans la bronche droite, un fragment d'épi de blé tout englué de fibrine et de masses purulentes. L'enfant mourut la nuit suivante, et l'autopsie montra une bronchite pseudo-membraneuse, avec nombreux abcès du lobe inférieur et de l'interlobe du côté droit, bronchopneumonie du lobe inférieur gauche, péricardite purulente. La flore était polymorphe.

Le deuxième cas est celui d'un garçon de 2 ans, qui avait avalé un petit ressort à boudin. Le médecin de famille, appelé aussitôt, crut bon, bien qu'il n'y eût qu'un léger stridor et une faible accélération du pouls, d'essayer l'extraction du corps étranger avec le panier de de Graefe. L'extraction fut impossible, — comme il est de règle, — et le praticien eut le malheur de voir se casser son instrument, dont la pièce terminale resta dans l'œsophage. Un examen radiographique montrait un corps étranger à hauteur du larynx, et un autre dans l'estomac. A. vit l'enfant à 4 heures du matin, dix-huit heures après l'accident; la température était de 38°5; il y avait un léger stridor et une abondante sécrétion salivaire. On put retirer, par laryngoscopie directe, le ressort, qui avait 1 cm. 1/2 de long, se terminait par des pointes acérées à ses deux extrémités, et se trouvait engagé dans la glotte. L'œsophage était libre jusqu'au cardia. Le panier de de Graefe fut expulsé par les voies naturelles le troisième jour, mais l'enfant fit des foyers de broncho-pneumonie, et la fièvre, qui resta élevée pendant cinq jours, ne retomba qu'après une semaine. Belinoff a relaté un cas analogue.

Le panier de de Graefe et les instruments de ce genre doivent, à l'heure actuelle, être complètement proscrits. Si la bronchoscopie ordinaire n'est pas possible, ou si elle ne permet pas de procéder très rapidement à l'extraction, il ne faut pas hésiter à pratiquer aussitôt la trachéotomie et la trachéo-bronchoscopie inférieure. J. Mouzon.

A. Biedl. ***Essai clinique pour modifier le métabolisme calcique par radiothérapie des glandes parathyroïdes*** (*Medizinische Klinik*, t. XXVIII, n° 8, 19 Février 1932). — Weil a relaté, — mais sans détails techniques, — l'observation d'une ostéite fibreuse généralisée, qui aurait été améliorée par la radiothérapie des glandes parathyroïdes. L'observation nouvelle, que B. rapporte, avec la technique employée et les doses appliquées, lui paraît justifier de nouveaux essais de cette méthode thérapeutique.

Une jeune fille de 19 ans, qui boitait et qui souffrait de la hanche gauche, présentait une image radiographique d'ostéite fibreuse kystique localisée de l'os iliaque gauche. La calcémie était légèrement augmentée, mais on ne sentait, à la palpation, aucune tuméfaction parathyroïdienne.

Dans ces conditions, pour éviter une cicatrice disgracieuse du cou, B. entreprit le traitement par la radiothérapie intensive de la région des parathyroïdes.

L'irradiation fut faite d'abord, en Novembre 1930, en 4 champs: un champ antérieur et un champ postérieur de chaque côté. La dose fut de 700 r sur chaque champ.

Une seconde série fut faite en Février 1931; seuls, les champs antérieurs furent irradiés à la dose de 1.000 r par champ.

Une troisième série, en Juin 1931, fut conduite comme la seconde, mais à la dose de 700 r par champ.

En même temps, la hanche malade recevait 300 r en un champ antérieur et autant en un champ postérieur.

Le résultat thérapeutique paraît excellent: toute douleur a disparu; la malade a pu reprendre ses occupations d'assistante en pharmacie, et même faire un peu de sport; le taux de la calcémie a baissé (B. ne donne malheureusement pas de chiffre), et la radiographie montre une architecture osseuse plus normale, avec des travées plus épaisses et plus nettes.

B. rappelle que, en 1908, il a tenté, avec Robinsohn, l'irradiation des parathyroïdes chez le lapin et chez le chat. Il n'en avait observé aucun effet, même sur le taux de la calcémie (Reiss et Löw-Beer), mais il s'agissait de parathyroïdes normales. La glande thyroïde normale n'avait pas semblé influencée non plus par l'irradiation.

J. Mouzon.

ZENTRALBLATT für CHIRURGIE (Berlin)

Kraft (Cologne). ***Sur les calculs biliaires et l'asthme*** (*Zentralblatt für Chirurgie*, tome LIX, n° 12, 19 Mars 1932). — Une femme de 50 ans présente, depuis sept ans, des crises graves d'asthme; elle a fait plusieurs séjours dans des services de médecine et les divers traitements employés n'ont amené qu'un soulagement très passager. La malade a remarqué que chaque crise dyspnéique était précédée d'une sensation douloureuse dans l'hypocondre droit, et que l'absorption de certains aliments difficiles à digérer, en particulier de graisses, provoquait cette sensation pénible, puis une crise. Elle avait maigri de 20 kilogr. L'examen de la région hépatique ne révélait rien de précis: il n'y avait pas de point douloureux vésiculaire, mais une certaine sensibilité à la pression profonde de l'épigastre. En revanche, la radiographie montrait l'existence d'un calcul solitaire gros comme une noisette, dans une vésicule de configuration normale.

K. enleva la vésicule et le calcul; il n'y avait ni adhérence, ni altération quelconque de cette vésicule, dont l'évacuation se faisait normalement.

Depuis l'intervention, la malade n'a pas eu de crise d'asthme (durée de l'observation: quatre mois). Ch. Lenormant.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT für CHIRURGIE (Leipzig)

R. Bucher (Bâle). ***La réalité de l'action protectrice de la muqueuse de l'estomac*** (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. CCXXXVI, n° 8, 9 Juillet 1932). — B. rappelle que la muqueuse gastrique a une épaisseur de 1 mm. à 1 mm. 1/2, et que le maximum d'épaisseur se trouve au niveau de la grande courbure, le minimum d'épaisseur au niveau de la petite courbure. Par ses qualités colloïdales, la muqueuse gastrique et le mucus gastrique ont des caractères analogues à ceux du protoplama cellulaire et occupent avec lui une place à part vis-à-vis de beaucoup d'autres gélatines. Le gonflement dans les acides est beaucoup plus faible que dans l'eau, et le gonflement dans l'eau est beaucoup plus faible que dans les solutions alcalines. La réversibilité du gonflement dans l'acide, mais aussi dans le carbonate de soude, est relativement faible.

Le gonflement dans l'acide de la muqueuse de l'estomac consiste surtout en une coagulation des « gelmicellen ». De ce fait le degré de viscosité s'élève beaucoup. Le gonflement dans une solution aqueuse de la muqueuse gastrique se compose d'un phénomène d'adsorption, d'absorption et de *chemosorption*. Gonflement et dégonflement sont réversibles jusqu'à un certain point.

L'opinion, largement répandue jusqu'à présent, de l'alcalinité *in vivo* de la muqueuse gastrique est complètement fausse. La concentration des ions H varie, *in vivo*, entre 3, 5 et 7. En présence d'un suc gastrique très actif elle est toujours franchement acide. Elle est neutre, et rarement faiblement alcaline, jusqu'à un *pH* 8, lorsqu'on a pratiqué d'abondants lavages de l'estomac, lorsqu'il y a du sang épanché dans l'estomac, lorsqu'il y a une gastrite suppurée, lorsqu'il y a une tumeur gastrique. Cette acidité de la muqueuse gastrique a été observée non seulement chez l'homme, mais chez le lapin, le chien, le chat, les ruminants, le porc, le cobaye, le rat, le singe.

L'acidité de la muqueuse gastrique disparaît quatre heures après la mort.

Une muqueuse gastrique en état de *coagulation acide* absorbe beaucoup moins de pepsine qu'une muqueuse neutre ou alcaline. Cela s'explique par le fait que le *pH* de la muqueuse acide est égal au *pH* de la pepsine. P. Wilmoth.

ARCHIV FUR GYNÆKOLOGIE (Berlin)

Carl Schröder. ***Le travail du cœur au cours de la grossesse*** (*Archiv für Gynäkologie*, tome CL, fasc. 1, 1932, p. 1. — La grossesse représente un surmenage pour le cœur même normal. L'examen anatomique, dans les cas où il a été pratiqué, montre une hypertrophie du muscle, surtout chez les femmes jeunes (chez les femmes de plus de 40 ans, il n'y a pas d'hypertrophie: or, chez ces femmes, les cardiopathies ont un plus mauvais pronostic). Les artères sont dilatées, la perméabilité des capillaires est augmentée et il y a stase dans le système capillaire, la tension veineuse est augmentée (surtout aux membres inférieurs). Le pouls est accéléré. La vitesse de la circulation est ralentie.

Pour étudier le travail du cœur de façon exacte, il faut préciser le *Herzminutenvolumen* (débit cardiaque, mesuré par la quantité de sang qui passe dans le poumon en une minute). Krogh a montré qu'il était augmenté. Cette augmentation peut être due soit à la tachycardie, soit à l'augmentation du *Schlagvolumen* (débit ventriculaire, c'est-à-dire débit à chaque systole, cette augmentation étant obligatoirement liée à une augmentation de la capacité ventriculaire).

Schrœder s'est appliqué à préciser la valeur du *Herzminutenvolumen* par la méthode de Grollmann (inspiration pendant un temps donné d'air contenant une quantité donnée d'acétylène; puis dosage de l'acétylène dans l'air exhalé, d'où l'on déduit la quantité de sang ayant passé dans le poumon). Le *Schlagvolumen* augmente de 10 pour 100, mais cette augmentation est moindre que celle du *Herzminutenvolumen*: la tachycardie intervient, donc, aussi. La tension sanguine reste normale.

H. Vignes.

PRENSA MEDICA ARGENTINA
(Buenos-Aires)

J. B. de Quiros. ***Le Métabolisme basal dans les états thyroïdiens*** (*Prensa Medica Argentina*, tome XVIII, n° 36, 30 Mai 1932). — L'hormone thyroïdienne « stimulant les combustions comme le soufflet le feu », on a été conduit à prendre le métabolisme basal comme mesure de l'activité de la glande thyroïde. A l'état pathologique, les équilibres pyrétique et endocrinien demeurent solidaires; les perturbations de l'un retentissent sur l'autre, perturbations consécutives à des intoxications, des infections, des ébranlements psychiques.

Q. apporte 230 observations d'états thyroïdiens, avec mesure du métabolisme basal par la méthode calorimétrique indirecte graphique de Benedick-Roth.

Le métabolisme basal est influencé par le sexe, l'âge, lors de la ménopause en particulier. Dans les états hyperthyroïdiens, le métabolisme est augmenté de plus de 20 pour 100, chez 93 pour 100 des malades. Son trouble a donc une valeur clinique supérieure à celle du goitre, des épreuves glandulaires, des épreuves urinaires, de l'épreuve de la glycémie alimentaire. Il guide le traitement médical ou chirurgical. Il n'est pas moins utile au pronostic. Mais on ne saurait néanmoins s'en rapporter uniquement à ses indications sans les confronter avec les résultats de l'examen clinique complet.

G. d'Heucqueville.

REVISTA DE GYNECOLOGIA E D'OBSTETRICIA
(Rio de Janeiro)

Corréa. ***Ulcères chroniques éléphantiasiques de la vulve et de l'anus; ses relations avec la maladie de Nicolas-Favre*** (*Revista de Gynecologia e d'Obstetricia*, tome XXVI, n° 5, Mai 1932, p. 221-246). — C. publie 33 observations dont 15 assez détaillées et 18 extrêmement brèves d'ulcères chroniques éléphantiasiques de la vulve et de l'anus. Dans 25 cas, les œdèmes s'accompagnaient de troubles rectaux: rectites, fissures, sténoses; dans 8 observations seulement, l'intestin terminal ne participait pas au processus.

La blennorragie ne paraît jouer qu'une cause adjuvante dans le développement de ces lésions; la syphilis ne peut être que rarement incriminée: la réaction de Wassermann pratiquée 21 fois s'est montrée 17 fois négative et 4 fois seulement positive. Retenons cependant l'observation n° XII, où les lésions coexistaient dans une *sténose haute* du rectum. La réaction de Wassermann et celle de Frei étaient positives. Le traitement par l'iodure et le 914 améliorèrent grandement cette malade.

Ces lésions se sont toujours rencontrées chez des prostituées et il paraît indiscutable que le facteur vénérien et la contamination sexuelle entrent en ligne de compte. Chaque fois que la réaction de Frei a été pratiquée chez les malades, elle s'est toujours montrée positive (9 cas), et C. termine en envisageant le rôle de la maladie de Nicolas-Favre dans ces œdèmes chroniques avec ou sans syndrome ano-rectal.

J. Sénèque.

ARCHIVOS DEL HOSPITAL DE NINOS ROBERTO DEL RIO
(Santiago de Chili)

V. de la Maza. ***La transfusion sanguine chez le nourrisson*** (*Archivos del Hospital de ninos Roberto del Rio*, t. III, n° 1, Mars 1932). — M. propose de notables perfectionnements de technique. Grâce à ces perfectionnements, il a pu pratiquer 330 transfusions sans danger pour le nourrisson. Il conseille 2 voies d'injection: le *sinus longitudinal supérieur* et les *veines superficielles des membres*.

Si l'on choisit la première, injecter du sang citraté. Le sinus longitudinal supérieur ne représente pas toujours la bissectrice des angles antérieur et postérieur de la fontanelle, mais, toujours, elle suit la ligne de symétrie du crâne. Introduire l'aiguille oblique en avant dans l'axe du vaisseau. M. présente un nouvel appareil permettant d'immobiliser complètement la tête du nourrisson, lequel est fixé à une planchette d'inclinaison variable.

Si l'on préfère pousser l'injection dans une veine superficielle d'un membre, débrider cette veine, la lier, fixer l'aiguille introduite en serrant le vaisseau sur elle avec un catgut.

Chez le nourrisson, la transfusion est indiquée dans les états d'anémie, de choc, les intoxications, les troubles nutritifs chroniques, même les septicémies et les infections pulmonaires graves. On peut injecter de 5 à 30 cmc de sang par kilogramme du nourrisson, très lentement, après détermination préalable des groupes sanguins.

Les dangers de l'opération sont réduits au minimum par une bonne technique .

G. d'Heucqueville.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL
(Londres)

W. B. Johnson. ***Travaux récents sur la fièvre jaune*** (*British medical Journal*, n° 3736, 13 Août 1932). — La découverte par Stokes, Bauer et Hudson, en 1927, de la réceptivité à la fièvre jaune du *macacus rhesus* et du *macacus sinicus* a permis de démontrer définitivement que cette affection n'était pas due au *leptospira icteroïdes* mais à un virus filtrant. On a pu isoler, dans l'Ouest africain, une souche de virus appelé « asibi », une souche française au Sénégal et une souche brésilienne. Ces virus, du reste, sont identiques et, notamment, il n'y a aucune différence entre le virus africain et le virus américain.

Le sérum d'un sujet guéri de la fièvre jaune est immunisant et cette immunité a une longue durée puisqu'on a pu protéger un singe avec le sérum d'un animal ayant eu la fièvre jaune soixante-huit ans auparavant. Ce « test de protection » a permis d'étudier la marche des épidémies.

L'insecte vecteur est l'*aedes aegyptii*. *Aedes univittatus et taeniorrhynchus africanus* sont également des réservoirs de virus.

La fièvre jaune frappe surtout les Européens. Elle frappe également les Noirs, mais avec une virulence atténuée et, chez les jeunes enfants africains, elle peut passer inaperçue. Ce n'est pas seulement une maladie de la côte, elle peut se propager à l'intérieur du pays. *Aedes aegyptii* se rencontre par toutes les saisons. Aussi les méthodes spéciales de protection devront être prises sous peine de voir les épidémies prendre une extension considérable. En particulier, avant que l'aviation ait pris le développement que l'on est en droit de prévoir, il faut créer des aérodromes en dehors des zones d'endémie, les protéger contre les moustiques, isoler les passagers pendant six jours.

Le traitement par un vaccin formaliné de Rindle a donné des résultats inconstants et a été abandonné. On se sert maintenant d'un virus obtenu par culture sur cerveau de souris et neutralisé par du sérum de convalescent, méthode découverte par Sawyer, Kitchen et Lloyd. Mais cette méthode, à cause des grandes quantités de sérum de convalescent qu'elle exige, est applicable seulement dans les laboratoires aux chercheurs qui sont particulièrement exposés à l'infection.

Enfin, il faut faire prendre certaines précautions aux indigènes, installer des bornes-fontaines dans les villages, leur faire respecter les mesures hygiéniques, mais il ne faut pas se dissimuler que la tâche est rude dans un pays où les médecins ont déjà à lutter contre la variole, le pian, la maladie du sommeil, les shistosomiases, la filariose, pour ne citer que les principales maladies.

André Plichet.

Davidson. ***Le traitement de l'anémie pernicieuse par un extrait de foie de poisson*** (*British medical Journal*, n° 3737, 20 Août 1932). — Il semble bien que dans les expériences de traitement de l'anémie par les extraits de foie de divers animaux, le foie de poisson fut écarté surtout à cause des effets sur l'estomac des acides gras et de l'huile qui y sont contenus en grande quantité. D. a fait préparer en Ecosse un extrait de foie de poisson qui ne contient ni huile, ni acides gras. 9 cas sévères d'anémie pernicieuse furent guéris avec cet extrait. Cette nouvelle médication est intéressante parce qu'économique, puisque l'extrait de foie est un sous-produit de l'huile de poisson.

André Plichet.

THE LANCET
(Londres)

Marrian et Haslewood. ***Remarques sur la constitution de l'hormone produisant l'oestrus*** (*The Lancet*, vol. CCXXIII, n° 5684, 6 Août 1932). — Adam et Danielli ont trouvé dans l'urine de la femme enceinte deux substances cristallisables produisant l'œstrus. La première, la kétohydroxyoestrin répond à la formule $C^{18} H^{22} O^2$. La seconde, la trihydroxyoestrin répond à $C^{18} H^{24} O^3$. Ces deux substances possèdent une fonction phénolique hydroxyle et un noyau aromatique. Les éthers méthyliques de ces deux substances contiennent une molécule bromique. Par réduction, on obtient un phénol de la kétohydroxyoestrin. Il ne semble pas que l'on puisse trouver dans ces deux substances une double fonction oenolique. Enfin ces substances seraient voisines des stérols et dérivés comme eux du chrysène. Cette dernière hypothèse est intéressante car elle peut expliquer la coexistence de l'oestrin et des troubles du métabolisme des stérols pendant la grossesse.

André Plichet.

EL SIGLO MEDICO
(Madrid)

B. Navarro Canovas. ***La radiothérapie dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate*** (*El Siglo Medico*, tome LXXIX, n° 4099, p. 1, 2, Juillet 1932). — Après un exposé historique et critique de la question, N. C. montre que la radiothérapie constitue le traitement de choix de l'adénome prostatique, quand la réaction fibreuse est pauvre. Elle le demeure à toute période de la maladie.

Contre-indication: urétrites et cystites aiguës. La voie périnéale doit être préférée aux autres. Les malades peuvent être opérés après le traitement radiothérapique si on laisse la ligne médiane à l'abri des radiations. D'ailleurs les rayons X exercent une action hémostatique favorable.

L'adénome du lobe moyen exige des doses plus considérables, les résultats sont moins complets. Ceux de la castration radiothérapique sur l'adénome prostatique sont très douteux.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL OF EXPERIMENTAL MEDICINE
(Baltimore)

A. B. Sabin. ***Expériences sur la purification et la concentration du virus de la poliomyélite*** (*The Journal of experimental Medicine*, tome LVI, n° 3, Septembre 1932). — S. a employé les méthodes de

Willstätter pour l'isolement des enzymes (adsorption par les suspensions colloïdales) dans le but de purifier et de concentrer le virus poliomyélitique. Rhoads avait déjà montré que l'hydroxyde d'alumine gélatineux du type C de la série de Willstätter est capable d'adsorber ce virus et de l'inactiver lorsque le pH est compris entre 5,5 et 7, et que l'inactivation est réversible. Les expériences de S. confirment cette observation et montrent, en outre, que l'adsorption est tout aussi réversible que l'inactivation. Par exemple, en amenant le pH à l'alcalinité au moyen du phosphate disodique M/15, on peut libérer le virus dans un état tel qu'il est de nouveau capable de déterminer une poliomyélite typique.

Ces expériences montrent encore que, sous l'influence de ce processus, le virus se trouve très fortement purifié par suite de la diminution de la concentration des substances ne contenant pas le virus. Le lavage du complexe gel d'alumine C + virus au moyen d'une solution de chlorure de sodium M/5 et de phosphate dipotassique M/15 ne semble pas dissocier le virus, mais est capable de libérer une certaine quantité de substances organiques azotées. De plus, on peut encore augmenter le degré de pureté et la concentration du virus en pratiquant la distillation dans le vide, suivie d'adsorptions successives. On obtient ainsi une suspension de virus qui produit encore une poliomyélite typique à la dose de 0,0003, qui ne renferme plus que 0 milligr. 04 d'azote par centimètre cube et ne donne plus les réactions du biuret, de la ninhydrine ni la réaction xanthoprotéique.

Ces méthodes permettront de préparer une quantité de virus poliomyélitique suffisamment purifié et concentré en vue de son étude chimique; elles offrent encore le moyen de fixer le virus sur une substance insoluble et pouvant être centrifugée qui permet d'envisager des recherches immunologiques variées qui seraient impossibles autrement.

P.-L. Marie.

BULLETIN of the JOHNS HOPKINS HOSPITAL (Baltimore)

A. Weinstein. *Diabète sucré et myxœdème* (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome LI, n° 1, Juillet 1932). — La coexistence de myxœdème et de diabète sucré ne serait pas fréquente; W. n'a réussi à en réunir que 10 cas; il y ajoute 2 observations personnelles avec autopsie. Dans 6 cas, le diabète était antérieur au myxœdème; dans 4, le myxœdème était primitif. Le diabète semble modifié par le myxœdème non traité et intensifié par l'opothérapie thyroïdienne.

Généralement, les myxœdémateux sont hypoglycémiques et ont une tolérance augmentée pour les hydrates de carbone. Quand les deux affections sont combinées, cette tolérance explique le peu de gravité du diabète.

Suivent quelques hypothèses étiologiques et physio-pathologiques sur l'association de ces deux syndromes.

Robert Clément.

N. B. Herman, F. H. Baetjer et J. A. Doull. *Infection tuberculeuse chez les étudiants en médecine* (*Bulletin of the Johns Hopkins Hospital*, tome LI, n° 1, Juillet 1932). — Les étudiants en médecine sont plus exposés que d'autres personnes de même âge et de même situation sociale à la contagion tuberculeuse. Cependant, les chiffres trouvés dans diverses statistiques ne montrent pas une très grosse différence.

A l'Université de Michigan, de 1917 à 1931, sur un total de 100.000 étudiants environ, on trouve une proportion de tuberculose de 2,81 pour 1.000 étudiants en médecine, 2,38 pour les étudiants en sciences, 2,12 pour les futurs dentistes, 1,83 pour les étudiants en droit, 1,74 à la Faculté des lettres. Le taux de morbidité de toutes les formes de tuberculose a été aux Etats-Unis, pour l'Armée, de 2,72 pour 1.000 en 1927 et 2,69 en 1928. Dans la Marine, 2,49 et 2,19.

A l'Ecole de Médecine de Johns Hopkins et à celle de Réserve de l'Ouest, le taux de morbidité moyen annuel pour la tuberculose a été ces dernières années de 6,5 pour 1.000.

A l'admission à l'Ecole de Médecine, environ 40 pour 100 des étudiants ont une intra-dermo-réaction à la tuberculine (0,1 milligr.), une grande proportion des cas négatifs présente à la radiographie des calcifications et on peut supposer qu'ils ont été infectés antérieurement par le bacille de Koch.

Si un étudiant a un Mantoux négatif à son entrée, il est pratiquement sûr de l'avoir positif avant la fin de sa troisième année d'école. Si l'allergie est légère à l'admission, elle devient plus marquée après séjour à l'école de médecine.

Robert Clément.

ARCHIVES OF NEUROLOGY AND PSYCHIATRY (Chicago)

F. C. Grant. *Ventriculographie et encéphalographie. Leur valeur dans la localisation et le traitement des lésions intracraniennes* (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. XXVII, n° 6, Juin 1932). — Fort intéressant article où cet auteur apporte le résultat de son expérience avec statistiques à l'appui, sur la valeur respective de la ventriculographie et de l'encéphalographie.

Indiscutablement, l'injection d'air dans les espaces sous-arachnoïdiens et les ventricules a une grande valeur pour le diagnostic et le pronostic des affections intracraniennes; parfois même, est-elle susceptible d'avoir une action thérapeutique.

G. estime que chez les sujets ayant une pression intracranienne très augmentée, et chez lesquels on suspecte l'existence d'un néoplasme intracranien, la ventriculographie est préférable à l'encéphalographie, à condition de ponctionner les 2 ventricules latéraux à la fois et de retirer le maximum possible de liquide céphalo-rachidien. Ainsi faite, la ventriculographie donne des indications plus sûres que l'encéphalographie sur le siège d'une néoformation, avec moins d'ennuis et de péril pour le malade.

Mais chez les sujets sans hypertension intracranienne appréciable, le péril que nous signalions n'existe plus, et l'encéphalographie a l'avantage de montrer l'état des espaces sous-arachnoïdiens, et des communications entre ces derniers et les ventricules. Elle peut ainsi permettre de juger de lésions cérébrales diverses, atrophie, sclérose cérébrale ou tumeur; de déceler l'existence d'arachnoïdite; de distinguer les névroses traumatiques des encéphalopathies post-traumatiques réelles; d'avoir une impression sur le pronostic des épilepsies, sur la nature traumatique ou dégénérative de certaines affections, sur le traitement des céphalées post-traumatiques.

Il ne faudrait pourtant pas croire que l'injection d'air dans les espaces sous-arachnoïdiens ou les ventricules soit susceptible de résoudre à elle seule tous les problèmes. Les résultats qu'elle apporte doivent être confrontés avec ceux de la clinique. Mais surtout, une prudence extrême s'impose dans l'interprétation des images radiographiques. Témoin l'exemple de Koschewnikow qui, désirant avoir un encéphalogramme normal, fit pratiquer une encéphalographie sur lui-même. Les espaces sous-arachnoïdiens corticaux restèrent vides d'air, comme chez un sujet ayant une arachnoïdite traumatique.

H. Schaeffer.

H. Gray et Lemuel C. Mc Gee. *Contenu du sang en cholestérol chez les épileptiques et les débiles* (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. XXVIII, n° 2, Août 1932). — Le cholestérol dosé par la méthode de Bloor a été fait sur 628 échantillons de sang d'épileptiques, 128 échantillons de débiles, et chez 28 sujets normaux.

L'examen fut pratiqué sur du plasma de sang oxalaté extrait quatre jours après la saignée. Le plasma, séparé quarante-huit heures après, montre une augmentation insignifiante du cholestérol. Son taux dans le sang total, une semaine après la saignée, est légèrement diminué.

Le taux du cholestérol est constant chez le même sujet, et la différence ne dépasse pas 30 milligr. pour 100 cmc.

Il augmente une à deux heures après les repas, et revient à la normale le lendemain. Son taux est le même chez les nègres et chez les blancs.

Il est plus élevé chez l'adolescent que chez l'adulte, chez les débiles, mais plus bas chez l'adolescent que chez l'adulte, chez les épileptiques.

Le taux moyen du cholestérol est chez les sujets normaux de 194 milligr. pour 100 cmc, de 165 milligr. chez les épileptiques, et de 154 milligr. chez les débiles.

Les attaques convulsives sont suivies d'une chute du cholestérol, et il commence à remonter une heure après, pendant un mois environ. La chute est de 10 milligr. environ. Cette différence, bien que minime, a une valeur, car elle porte sur des moyennes et est constante.

A proximité des crises, le rapport entre le taux du cholestérol dans le sang total et dans le plasma est plus élevé que dans les périodes intercalaires, sans doute parce qu'à ce moment le taux du cholestérol est plus élevé dans les globules que dans le plasma.

L'abaissement du taux du cholestérol chez les épileptiques justifie les bons résultats donnés par le régime cétogène.

H. Schaeffer.

Harry A. Paskind. *Les épileptiques en liberté* (*Archives of Neurology and Psychiatry*, vol. XXVIII, n° 2, Août 1932). — La description de l'épilepsie a été faite par la majorité des auteurs sur des malades internés parce qu'atteints d'affaiblissement intellectuel et de troubles mentaux, qu'ils considèrent comme une conséquence fréquente, si ce n'est fatale, du mal comitial.

P. ne considère pas cette opinion comme l'expression de la réalité et, se fondant sur sa pratique personnelle, il pense que les troubles mentaux chez les épileptiques sont en fait l'exception. Sur 304 malades de sa clientèle privée, dont les accidents remontent à un minimum de six ans et à un maximum de quarante ans et plus, P. n'a observé d'affaiblissement intellectuel que chez 20 épileptiques, c'est-à-dire dans 6,5 pour 100 des cas. Tous les autres mènent une vie courante, remplissent fort bien leurs occupations professionnelles, et occupent une situation sociale souvent élevée. P. recherche s'il ne serait pas possible d'établir une distinction entre ces 2 catégories d'épileptiques.

Les comitiaux avec troubles mentaux ont une hérédité dans l'ensemble plus chargée. Les psychopathies, l'alcoolisme, le suicide sont beaucoup plus fréquents chez leurs parents, alors que la migraine et le nervosisme se rencontrent plus souvent chez les parents des épileptiques non affaiblis.

Le sexe est sans importance.

Les épileptiques affaiblis ont des crises de grand et de petit mal plus fréquentes, qui ont débuté plus précocement, et l'on ne retrouve pas chez eux des périodes de rémission aussi longues ni aussi fréquentes que chez les épileptiques non atteints d'affaiblissement intellectuel.

H. Schaeffer.

Le Gardien Vigilant

MÉNOPAUSE – Apioline

PRURITS – Nisaméline

GASTRO-ENTÉRITES – Papaïne

DE

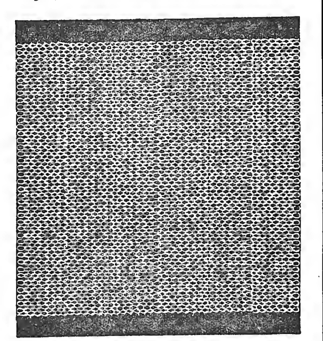
TROUETTE-PERRET

LITTÉRATURE & ÉCHANTILLONS :
15, Rue des Immeubles-Industriels, PARIS (XIe)

PLAQUE DIATHERMIQUE du Dr SURMONT

(Marque déposée - Brevetée S. G. D. G.)

Présentée à la Société Française d'Electrothérapie et de Radiologie, dans la séance du 19 Mai 1931



AVANTAGES DE CETTE ÉLECTRODE

1° Permet le contrôle pyrométrique.
2° Se moule parfaitement sur le patient.
3° Répartit mieux le courant diathermique.
4° Empêche la chaleur de rayonner.
5° Est personnelle au malade.

CONSTITUTION DE CETTE ÉLECTRODE

Une plaque de cire recouverte de tissu métallisé adhérent.

Littérature sur demande

LES LABORATOIRES BRUNEAU & Cie

Téléphone : ÉLYSÉES 61-46, 61-47, 78-27

17, Rue de Berri - PARIS (VIIIe)

Adresse Télégraphique : LABOMEDICAL-Paris 45

ENDOCRINOLOGY
(Los Angeles)

B. E. Mc Govern. ***Un cas de somnolence associée à de la cachexie hypophysaire. Heureuse influence de l'opothérapie hypophysaire*** (*Endocrinology*, tome XVI, n° 4, Juillet 1932). — Il s'agit d'une jeune femme de 23 ans, atteinte de cachexie hypophysaire accusée, dont un des symptômes les plus marqués était une somnolence invicible se produisant par crises plusieurs fois par jour, durant quelques minutes à une demi-heure. En outre, il existait de l'anorexie, de l'amaigrissement, des douleurs abdominales, de la constipation, de l'oligoménorrhée, une fatigabilité et un épuisement extrêmes, de la dépression mentale, de la sécheresse de la peau et de la chute des cheveux. Ces symptômes remontaient à huit mois, mais à 11 ans la malade avait déjà présenté une ébauche d'accidents analogues.

Sous l'influence des injections d'extrait hypophysaire faites pendant quatre mois, la patiente gagna 6 kilogr., fut débarrassée de sa somnolence et de ses troubles psychiques, reprit ses forces et son activité; les règles redevinrent normales. La cessation momentanée de l'opothérapie amena chaque fois une rechute vite jugulée par la reprise du traitement. Au bout de trois mois d'opothérapie, on enleva les amygdales qui étaient chroniquement infectées, ce qui amena une amélioration générale, la malade pouvant supporter plus longtemps qu'auparavant, sans symptômes, la privation d'opothérapie. Il semble que l'infection amygdalienne contribuait à aggraver une déficience congénitale du lobe antérieur de l'hypophyse.

P.-L. Marie.

F. N. Allen et **R. Scherer.** ***Allergie à l'insuline*** (*Endocrinology*, tome XVI, n° 4, Juillet 1932). — L'hypersensibilité à l'insuline n'est pas une rareté. A la clinique Mayo, on la relève dans 1 cas sur 10 environ. Dans 4 pour 100 des cas d'hypersensibilité, celle-ci se traduisait par des symptômes généraux d'anaphylaxie, ordinairement cutanés (urticaire et œdème, le plus souvent) et circulatoires (pâleur, bouffées congestives, palpitations et même collapsus cardiaque), parfois gastro-intestinaux (nausées, vomissements, crampes), ne durant généralement pas plus de deux heures. Dans 84 pour 100 des cas, tout se bornait à une réaction locale légère, cessant d'ordinaire par un changement de marque d'insuline ou par désensibilisation spontanée. Dans 12 pour 100 des cas, la réaction locale était plus intense et peu modifiée par le changement de marque. Ces derniers cas, ainsi que ceux où il existe des signes généraux, posent un problème thérapeutique difficile.

Heureusement A. et S. n'ont pas rencontré de cas où le diabète soit devenu réfractaire à l'insuline à cause de l'allergie. Mais il en a été signalé où l'impuissance de l'insuline a été attribuée à l'allergie. Celle-ci peut donc faire courir des dangers. Dans les cas de ce genre, il faut essayer de combattre le diabète par le régime, si possible, et, en cas d'échec, recourir à l'insuline, l'anaphylaxie présentant moins de gravité pour le malade que le diabète même. Il faut tenter de désensibiliser le sujet en commençant par des doses très minimes. Si l'acidose se montre et si le diabète devient réfractaire, il faut augmenter la dose d'insuline tant que l'urine renferme du sucre et des corps acétoniques.

L'existence de ces manifestations allergiques provoquées par l'insuline montre que la protéine de l'insuline animale diffère de la protéine de l'insuline humaine. De plus, l'hypersensibilité constatée pour l'insuline d'une espèce animale alors qu'elle fait défaut pour l'insuline d'une autre espèce fait penser que les extraits pancréatiques renferment, à côté de l'insuline, une autre protéine pancréatique.

P.-L. Marie.

AMERICAN JOURNAL
of
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY
(Saint-Louis)

W. C. Waters et **George A. Williams.** ***Ménorragie par hyperthyroïdisme*** (*American Journal of Obstetrics and Gynecology*, t. XXIII, n° 4, Avril 1932). — En se fondant sur une bibliographie anglo-américaine et sur six observations, W. et W. étudient les rapports cliniques entre l'insuffisance thyroïdienne et la fonction menstruelle. Ils n'ont jamais observé d'aménorrhée dans les cas purs d'insuffisance thyroïdienne. Par contre, les ménorragies sont très fréquentes. Les auteurs signalent les divers symptômes généraux observés dans ces cas. Ils estiment qu'un hypothyroïdisme indiscutable peut exister avec un M. B. normal. On a exagéré l'importance du M. B. pour apprécier les anomalies thyroïdiennes: ce n'est qu'un des éléments du tableau clinique. Des extraits opothérapiques à doses qui seraient toxiques pour les femmes normales guérissent ces ménorragies. Il ne faut jamais opérer une métrorragie qui ne s'accompagne pas de lésions pelviennes nettes sans avoir tenté cette thérapeutique.

Henri Vignes.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Varsovie)

Al. Zienkiewicz. ***Névrite optique aiguë dans l'intoxication par l'alcool méthylique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XI, n° 25, 19 Juin 1932). — Z. relate les observations de 2 cas de névrite optique aiguë survenus à la suite d'absorption d'alcool méthylique qui avait été mélangé à l'alcool pour la boisson au cours d'une noce de campagne. A la suite de cette réjouissance, 5 invités furent intoxiqués: un convive est mort et 2 ont présenté des signes d'une névrite optique aiguë grave. Dans un des cas où le traitement a été appliqué tardivement, les séquelles ont fortement compromis la vision du sujet d'une façon définitive.

A propos de ces cas, Z. insiste sur la toxicité accentuée de l'alcool méthylique, sur son élimination lente et sur son accumulation dans le sang. En raison de ces caractères, le pronostic de cette intoxication doit être réservé et le traitement particulièrement énergique et rapide. Il doit être poursuivi en collaboration avec un ophtalmologue. Z. conseille particulièrement, dans le but de désintoxication, la saignée et les ponctions lombaires répétées. Il émet également le vœu de l'interdiction de la vente libre de l'alcool méthylique.

Fribourg-Blanc.

E. Falik. ***L'influence des solutions des sels inorganiques à diverses concentrations sur les dimensions des hématies*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XI, n° 28, 10 Juillet 1932). — F. étudie l'influence des diverses concentrations des sels inorganiques sur le volume des hématies. Les mensurations ont été faites avec des cations variables (K, Na, Li, Ca, Ba, Sr) et un anion (Cl) constant. Dans une autre série, les anions (Cl, Br, NO^3, I, SO^4, SCN) correspondent à un cation K fixe. Dans les 2 premières séries, F. se sert de solutions légèrement hypotoniques. Les résultats de ces expériences peuvent être envisagés au point de vue de l'osmose et de la turgescence. Dans la troisième série d'expériences, les solutions employées sont isotoniques.

Les hématies changent visiblement leurs dimensions sous l'influence des cations de même que sous l'influence des anions. Les résultats des mensurations se placent dans l'ordre suivant pour les cations Li, Na, K, Ca, Ba = Sr.

Dans les anions SO^4, Cl, Br, NO^3, I, SCN, les changements produits par les anions trouvent leur explication dans la perméabilité de la membrane des hématies. Quant à l'action des cations, F. suppose qu'il s'agit probablement ici d'un changement de l'état colloïdal de la paroi qui entoure l'hématie. Les solutions des sels inorganiques produisent vraisemblablement un relâchement dans l'état des colloïdes formant la superficie des globules rouges, rabaissant leur pouvoir de réaction contre le gonflement. Le gonflement de la paroi entraîne les changements de dimensions des hématies.

Fribourg-Blanc.

WARSZAWSKIE CZASOPISMO
LEKARSKIE
(Varsovie)

Mme J. Hurynowicz. ***Influence de l'alcool sur la chronaxie des nerfs vaso-moteurs*** (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, tome IX, n° 27, 7 Juillet 1932). — H. étudie sur 24 sujets l'influence exercée par l'alcool sur la chronaxie des nerfs vaso-moteurs. Les expériences sont groupées en deux séries: la première comporte l'étude de l'intoxication aiguë chez les individus n'usant pas d'alcool; la deuxième série concerne les alcooliques chroniques. Les observations recueillies enseignent que:

1° L'usage habituel d'alcool abaisse la sensibilité des nerfs vaso-constricteurs. La durée de la réaction est prolongée, la chronaxie est augmentée;

2° L'alcool absorbé en grande quantité augmente l'excitabilité des nerfs vaso-moteurs. La réaction est plus courte et les chronaxies sont diminuées;

3° Dans l'intoxication aiguë, après une phase d'excitation des vaso-constricteurs, survient une phase de diminution d'excitabilité, d'augmentation de la durée de la réaction et d'augmentation de chronaxie;

4° Chez les sujets faisant usage d'alcool en plus ou moins grande quantité, on observe, comme dans certains autres états pathologiques, tels que l'acrocyanose, la paralysie radiale, non seulement la vasoconstriction, mais également la vasodilatation.

Fribourg-Blanc.

ROCZNIK PSYCHJATRYCZNY
(Varsovie)

H. Halban. ***Classification des crises convulsives d'après les connaissances actuelles sur les fonctions de l'écorce cérébrale et des noyaux sous-corticaux*** (*Rocznik Psychjatryczny*, Fasc. XVIII-XIX, 1932). — A l'occasion d'un cas rare de spasme de caractère sous-cortical, H. présente le schéma de classification dont il se sert pour les localisations cérébrales. Ce schéma est basé sur l'interprétation des remarques cliniques.

H. divise les crises épileptiques en 2 catégories:

1° Crises d'origine corticale et 2° crises sous-corticales.

Le premier groupe présente les subdivisions suivantes:

1° Crises localisées du type jacksonien. Elles peuvent être motrices, sensorielles ou sensitivo-motrices;

2° Crises motrices cloniques et toniques localisées dans lesquelles l'excitation primitive se transmet de l'écorce à un foyer sous-cortical;

3° Crises cloniques et toniques généralisées allant jusqu'à la perte de connaissance si l'action excitante exercée sur un point de l'écorce se prolonge et s'étend sur une partie plus large de l'écorce et si elle gagne la sous-corticalité.

Dans le second groupe l'excitant agit sur un point limité sous-cortical et détermine:

1° Des crises de spasmes toniques avec ou sans manifestations sensitives suivant que le thalamus

participe ou non à l'excitation exercée sur les noyaux moteurs;

2° Les crises motrices toniques et cloniques localisées, où l'excitation d'un point sous-cortical se propage au foyer cortical correspondant;

3° Les crises de spasmes toniques généralisées, où l'excitation passe d'un point initial à tout l'appareil sous-cortical.

Dans ce groupe, H. distingue deux variétés:

a) L'excitation qui a causé les spasmes sous-corticaux se transmet à l'écorce et aboutit à une crise épileptique complète. Le caractère distinctif de ce type est que la crise est précédée d'un genre d'aura se traduisant par un spasme tonique ou une autre manifestation sous-corticale prémonitoire.

b) Dans des cas rares les spasmes généralisés sous-corticaux aboutissent à une excitation de l'écorce en foyer exclusivement dans la sphère du facial.

H. déplore le manque d'unité dans les descriptions des crises au point que souvent on ne peut se faire aucune idée exacte sur leur nature.

FRIBOURG-BLANC.

ACTA MEDICA SCANDINAVICA (Stockholm)

H. Nyman. ***Recherches sur l'achylie, l'hypochylie et les anomalies sécrétoires analogues*** (*Acta medica Scandinavica*, Suppl. XLVIII, 1932). — N. a étudié, avant tout de façon statistique, 534 cas d'achylie simple et 759 cas d'achylie associée à d'autres maladies ainsi que 72 cas d'hypochylie simple et 287 cas d'hypochylie associée à divers états morbides.

Il se dégage de ce travail que l'achylie est vraisemblablement un stade tardif de la dyspepsie gastrogène. N. n'a pas pu mettre en évidence d'étiologie univoque; toutefois les névroses et le sexe féminin présentent une tendance spéciale à ces anomalies sécrétoires. La prédisposition héréditaire est nette. La saison froide semble favoriser l'apparition des troubles.

Le tableau morbide se caractérise avant tout par des sensations douloureuses affectant 2 types: douleurs épigastriques, pouvant survenir pendant les repas ou à la fin ou indépendamment des repas; douleurs abdominales plus ou moins diffuses. Parfois les douleurs font défaut. On trouve encore des nausées ou des vomissements, assez rarement (6 pour 100) une sensation de faim douloureuse et des douleurs nocturnes parfois calmées par l'alimentation, analogues à celles de l'ulcus. Dans beaucoup de cas, N. a pu établir un rapport entre la douleur épigastrique et l'excitation motrice de l'estomac et surtout de la région pylorique. Les vomissements, la faim douloureuse semblent liés souvent aussi à l'hyperkinésie gastrique. Il n'est pas rare de constater une certaine périodicité dans les phénomènes douloureux. Les troubles intestinaux sont fréquents, soit constipation, soit diarrhée, celle-ci plus habituelle dans l'achylie que dans l'hypochylie. Chez 15 pour 100 des patients, il y avait eu des hématémèses. La fragilité de la muqueuse gastrique se traduit chez les achyliques par la présence de sang dans le repas d'épreuve à jeun dans 6 pour 100 des cas et par une réaction de Weber positive dans les selles chez 34 pour 100 des achyliques.

La diminution de l'acidité gastrique, et avant tout l'achylie, même parmi les cas de névrose, s'associent souvent à des troubles de l'état général: fatigabilité, amaigrissement, hypotension, anémie, celle-ci surtout chez les femmes et lorsque la maladie dure depuis longtemps, accélération de la sédimentation des hématies, surtout dans l'achylie.

Le tableau morbide des achylies et hypochylies associées à d'autres maladies ne diffère guère de celui de l'achylie et de l'hypochylie simples. Parmi les maladies associées, on rencontre surtout la syphilis, la tuberculose, les bronchites, l'insuffisance cardiaque, l'anémie pernicieuse, le cancer, les affections hépatiques, les pyélo-cystites, les polyarthrites et le diabète. N. insiste sur la difficulté du diagnostic entre l'achylie simple et le cancer gastrique; l'étude radiologique ne suffit pas toujours pour le trancher, des infiltrations inflammatoires pouvant se voir dans la paroi gastrique au cours de l'achylie. N. souligne encore la fréquence relative de l'hypo- ou de l'anacidité dans l'ulcère duodénal (37 pour 100 des cas), surtout chez les femmes.

P.-L. MARIE.

ACTA RADIOLOGICA (Stockholm)

Rolf. M. Sievert. ***Sur une méthode de mesure des rayons de Rœntgen, du radium et les ultra-rayonnements; recherches sur son application en physique et en médecine*** (*Acta Radiologica*, supplément XIV, 1932). — S. étudie sous tous ses aspects un procédé de mesure par ionisation avec chambre de condensation.

Il ne s'agit pas seulement d'un ouvrage de technique bien que S. consacre une part importante de son étude à la description des appareils, mais surtout d'une étude physique complète qui a été poursuivie au laboratoire de physique du « Radiumhemmet » et dont S. rapporte les données mathématiques et les résultats. Il passe en revue toutes les variables du problème de l'ionisation et en discute les résultats.

C'est avant tout un travail d'une haute tenue scientifique et les radiologistes y trouveront des données particulièrement intéressantes sur les applications aux mesures des unités et du rayonnement émis avec application aux mesures de protection.

MOREL-KAHN.

Robert Thoraeus. ***Etude sur la méthode de mesure par ionisation de l'intensité et de l'absorption des rayons de Rœntgen et sur l'efficacité de différents filtres employés en thérapie*** (*Acta Radiologica*, supplément XV, 1932). — Les recherches qui font l'objet de ce travail ont été effectuées au laboratoire de physique du Radiumhemmet.

Le premier chapitre est consacré à l'étude de l'appareillage utilisé pour les expériences théoriques; le deuxième chapitre comporte la description de la chambre standard d'ionisation, et des mesures qui s'y rapportent et qui sont condensées dans de nombreux tableaux. Les résultats des mesures forment le troisième chapitre et contiennent l'étude des radiations caractéristiques de l'ampoule et les mesures d'absorption que traduisent de nombreuses courbes.

Le chapitre suivant est consacré à la description de la chambre d'ionisation à utiliser lors des applications thérapeutiques et de ses conditions de fonctionnement; enfin l'absorption et les propriétés des filtres différents sont longuement étudiées et comparées, ainsi que le rayonnement secondaire, à l'aide d'un fantôme à eau, celui-ci paraissant indépendant, pratiquement, de la quantité du rayonnement incident primaire.

MOREL-KAHN.

NORSK MAGAZIN FOR LAEGEVIDENSKAPEN (Oslo)

P. Freider. ***Rupture spontanée de l'aorte*** (*Norsk magazin for Laegevidenskapen*, n° 6, Juin 1932). — MM. Gsell, Levinson ont montré que la cause de la soi-disant rupture spontanée de l'aorte est une altération nécrotique de la *media*, exactement analogue à celle qu'on est capable de provoquer expérimentalement par des injections répétées d'adrénaline.

A l'autopsie d'un homme de 48 ans, décédé subitement après un mois de maladie, on a trouvé deux grandes ruptures de la crosse aortique avec un anévrysme disséquant et de fortes hémorragies dans la cavité thoracique. Les deux ruptures se sont établies avec un intervalle d'un mois. Dans l'arc de l'aorte on a trouvé des zones de nécrose totale en forme de ruban dans la média, spécialement nettes autour des ruptures. Il existait des foyers athéromateux, mais pas de signes de syphilis ni d'inflammations d'autre nature. Les ruptures sont survenues chez un sujet en pleine santé, sans causes externes. La deuxième, ayant entraîné la mort, s'était produite pendant le sommeil du malade.

La cause de la nécrose n'a pas pu être établie, mais il est vraisemblable qu'elle est due à l'action de substances toxiques proches de l'adrénaline. Le début de l'altération se fait au niveau des vasa-vasorum.

ALF. P. JACOBSEN.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Bâle)

Margr. Rohner. ***Recherches statistiques sur la fréquence de la myopie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 31, 30 Juillet 1932). — R. remarque que les statistiques publiées donnent rarement une idée exacte de la fréquence de la myopie parce qu'elles sont fondées sur un matériel plus ou moins sélectionné. Ses recherches ont porté sur les renseignements fournis par l'examen des yeux des recrues suisses, examens qui ne sont pratiqués qu'exceptionnellement par un spécialiste et qui sont faits par les méthodes subjectives. Néanmoins, malgré leur insuffisance, ils donnent des indications intéressantes. Sur un total de 11.251 recrues dont l'examen a pu être utilisé, on en a trouvé 672 (6 pour 100) de myopes. Dans 37 cas (3,3 pour 100), la myopie est supérieure à — 6 D.

Les classes sociales élevées sont les plus atteintes. Chez les étudiants, on trouve 24 pour 100 de myopes. Chez les commerçants et chez les employés de bureaux, on en trouve 12,8 pour 100, chez les dessinateurs et chez les techniciens 8,6 et chez les ruraux 1,2.

Ainsi, la myopie est fréquente surtout chez les citadins et, parmi les facteurs auxquels il faut l'attribuer, figure la civilisation.

P.-E. MORHARDT.

R. Audeoud. ***Empoisonnement par l'entolome livide. Déshydratation et déchloruration*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 34, 20 Août 1932). — Chez un sujet qui avait consommé un plat de champignons contenant de l'entolome livide, il est survenu des phénomènes abdominaux douloureux très violents avec diarrhée persistante, vomissements et intolérance gastrique, soif intense, anurie, céphalée, vertiges, crampes et bourdonnements d'oreille. Dans ce cas, les symptômes toxiques ont paru devoir être attribués à l'hypochlorurémie (4,38 au lieu de 5,25 à 5,50 gr. de NaCl dans le sang). En même temps, l'urée du sang atteignait 0,99. Les injections intraveineuses de sérum, suivant la méthode préconisée déjà en 1913 par Roch, ont rapidement rétabli la diurèse et fait diminuer l'urémie.

Le syndrome entolomien est donc caractérisé par un début rapide des douleurs gastriques, des vomissements et de la diarrhée avec une soif atroce. La guérison est fréquente. Selon A., on ne saurait distinguer, cliniquement, le syndrome entolomien de celui qui est provoqué par le tricholoma tigrinum. Il est préférable de réunir en un groupe les champignons produisant de la gastro-entérite.

En tout cas, le rôle de la déshydratation et de la déchloruration est important. C'est pourquoi les injections sous-cutanées de sérum physiologique, souvent prescrites, se montrent utiles en pareil cas.

P.-E. MORHARDT.



Catalogue et littérature franco sur demande



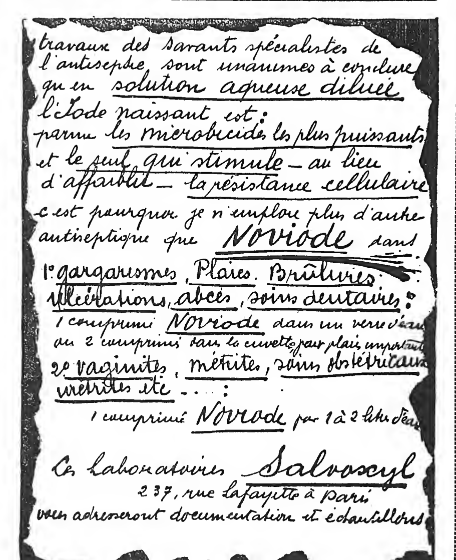
MARQUE DÉPOSÉE — 8, *Rue Favart, PARIS*

DIGI-MIAL-BAINE

Association de la digitaline **Petit-Mialhe** et de l'**Ouabaïne** X à XXX gouttes par jour.

MIAL BAINE

Oubaïne XXX à CL gouttes par jour.

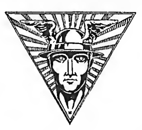


travaux des savants spécialistes de l'antiseptie sont unanimes à conclure qu'en solution aqueuse diluée l'Iode naissant est: parmi les microbicides les plus puissants et le seul qui stimule — au lieu d'affaiblir — la résistance cellulaire c'est pourquoi je n'emploie plus d'autre antiseptique que Noviode dans

1° gargarismes, Plaies, Brûlures, Ulcérations, abcès, soins dentaires: 1 comprimé Noviode dans un verre d'eau ou 2 comprimés dans la cuvette pour plaies importantes

2° vaginites, métrites, soins obstétricaux, urétrites etc...: 1 comprimé Noviode par 1 à 2 litres d'eau

Les Laboratoires Salvoxyl 237, rue Lafayette à Paris vous adresseront documentation et échantillons



Laboratoires R. HUERRE & Cie

Successeurs de

VIGIER et HUERRE, Docteur ès sciences

PHARMACIENS

12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS (Xe)

Traitement d'usure de la Syphilis

PAR LE MERCURE

Huile grise Vigier
à 40 % en flacons et en ampoules.

Huile au calomel Vigier
à 0,05 cg. par c. c. en flacons et en ampoules.

Ampoules de Benzoate, de Biodure et de Cyanure de Hg.

Suppositoires d'Huile grise Vigier
à 1, 2, 3, 4, 6 cg. de Hg.

Lactermol Vigier
(Sirop stable au lactate de Hg à 1/1000).

Sirop Iodermol Vigier
(Sirop de Gibert au café).

Pour prévenir Stomatites et Gingivites au cours du traitement mercuriel de la Syphilis, prescrivez le

SAVON DENTIFRICE VIGIER

REVUE DES JOURNAUX

LE BULLETIN MÉDICAL (Paris)

H. Dufour. ***Le séro-médicament Lita dans le traitement de la tuberculose pulmonaire*** (*Le Bulletin Médical*, tome XLVI, n° 20, 14 Mai 1932). — Depuis plus de six ans, D. traite des malades atteints de tuberculose pulmonaire et d'autres présentant un mauvais état général avec le séro-médicament Lita, mélange de sérum de lapins préparés par des injections massives de tuberculine brute avec un composé riche en iode, « l'iodo-benzo-méthyl-formine ».

Les injections se font intra-musculaires 2 fois par semaine, par séries de 12 à 40. Les nourrissons et les enfants supportent parfaitement le séro-médicament, les adultes présentent quelquefois une crise nitritoïde. Les effets thérapeutiques ont été rapportés dans les thèses de Hurez, de Taboureux et de Calvé.

Chez le cobaye, les injections préventives de séro-médicament assurent au cobaye injecté avec 1 milligr. de bacilles de Koch virulents une survie nette par rapport aux témoins. Le traitement après inoculation des bacilles virulents n'a aucune action bienfaisante sur l'évolution de la tuberculose du cobaye.

La cuti-réaction à la tuberculine chez l'homme n'est pas modifiée après injections de Lita. Le sérum de lapins tuberculinisés et le Lita mélangés à la tuberculine neutralisent l'action de celle-ci en cuti-réaction chez l'homme et par injection intra-péritonéale chez le cobaye.

Une solution de tuberculine diluée à 1 pour 100 entraîne la floculation du sérum de lapins tuberculinisés alors qu'elle ne produit pas celle-ci sur le sérum de lapin normal et sur le séro-médicament « Avec le sérum de lapins tuberculinés, la réaction de fixation est fortement positive en présence de la tuberculine et très légèrement positive avec l'antigène de Besredka. » Avec le séro-médicament Lita, il n'y a pas de réaction parce que le mélange est très anticomplémentaire.

L'existence de ces phénomènes montre que le séro-médicament n'agit pas seulement en apportant au malade une certaine dose de tuberculine par simple passage à travers le lapin.

Robert Clément.

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE (Paris)

Matarasso. ***Traitement des taches de rousseur (éphélides) par la neige carbonique*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. VII, n° 9, Septembre 1932). — Les taches de rousseur qui apparaissent souvent entre 2 et 3 ans et augmentent jusqu'à 25 ans doivent être traitées par la cryothérapie. Les produits décolorants, la cure de desquamation ne donnent le plus souvent aucun résultat.

Au visage, la durée d'application du crayon froid doit être de trois secondes. La pression doit être telle que, dès qu'on la supprime, le point traité ne doit montrer que pendant deux secondes une dépression cupuliforme givrée. Il faut éviter absolument d'obtenir des réactions vésiculeuses. La desquamation s'observe du cinquième au septième jour. La guérison s'obtient sans la moindre cicatrice.

Sur le dos des mains, la durée d'application doit être de quatre secondes. La pression doit être telle que dès qu'on la supprime, le point traité ne doit montrer que pendant trois secondes la dépression cupuliforme givrée. Ici, il n'y a pas d'inconvénient à obtenir une réaction vésiculeuse. La desquamation s'obtient entre le quinzième et le dix-septième jour sans aucune cicatrice.

R. Burnier.

ARCHIVES MÉDICO-CHIRURGICALES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (Paris)

G. Delamare, C. Gatti et **R. Jimenez Gaona.** ***Fusospirochétose et fusostreptococcie interlobaires*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, tome VII, n° 3, 1932). — Il s'agit de 2 observations de pleurésies purulentes interlobaires fétides. La première, observée chez un cultivateur de 42 ans, débuta par des poussées fébriles de quarante-huit heures survenant à intervalles réguliers, puis survint une expectoration abondante mucopurulente non fétide. Une ponction exploratrice pratiquée en pleine matité, à hauteur de la pointe de l'omoplate, fournit 2 cmc d'un pus « jaunâtre crémeux, d'odeur très fétide, mais plutôt fécaloïde que gangreneuse », renfermant d'innombrables spirochètes, quelques bacilles fusiformes, de nombreux cocci Gram positifs et négatifs, des bacilles morphologiquement voisins du colibacille. Parmi les spirochètes, figurent de nombreux spironèmes que leur aspect morphologique permet d'identifier aux *S. buccalis* et quelques autres qui doivent se classer dans les variétés ondulées ou droites de S. Vincenti; les « tréponèmes » sont encore plus nombreux et de 2 types: *T. dentium* et *T. intermedium.* Après une vomique de 200 cmc environ de pus fétide, s'installe un syndrome cavitaire; la poche se drainant mal, on fait une thoracotomie et, finalement, le malade meurt d'un phlegmon de la paroi abdominale dont le point de départ se trouve au voisinage de la plaie opératoire. L'autopsie confirme l'existence d'une pleurésie purulente interlobaire.

Le deuxième cas se rapporte à un homme de 29 ans, qui présenta, après une intervention abdominale pour une plaie par balle de l'angle droit du côlon et anesthésie à l'éther, une expectoration suppurée, des signes de bronchite, puis des signes de pleurésie interlobaire. Une ponction exploratrice dans le 5e espace intercostal gauche à 7 cm. de profondeur donna 5 cmc d'un liquide séro-purulent fétide contenant de nombreux bacilles fusiformes et des streptocoques extra-cellulaires. Une thoracotomie laissa après elle une fistule et une rétraction de l'hémithorax gauche.

Ces scissurites, fusospirochétiennes et fusostreptococciques, ont été d'emblée fétides, elles le sont restées tout le cours de leur évolution. La gangrène, dont l'existence a été révélée par l'élimination de débris sphacélés, est restée superficielle et passagère.

Dans les 2 cas, l'évolution fut de longue durée, discontinue, caractérisée par l'alternance des périodes fébriles et apyrétiques. En l'absence de complications, le patient reste exposé à l'extension progressive de la sclérose pleuro-pulmonaire et de la dilatation bronchique. La chimiothérapie n'a donné aucun résultat.

Robert Clément.

E. Sergent. ***Le diagnostic des kystes dermoïdes du médiastin*** (*Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire*, t. VII, n° 3, 1932). — Les kystes dermoïdes du médiastin ont leur siège habituel dans le 1/3 supérieur du médiastin antérieur, voire même dans la loge thymique. Ils peuvent demeurer inertes et silencieux jusqu'à la mort ou s'accroître progressivement et se terminer par suppuration avec ouverture dans la trachée ou les bronches ou par dégénérescence cancéreuse secondaire. C'est lorsque surviennent les signes d'une de ces évolutions qu'on est appelé à en faire le diagnostic. Dans un cas comme dans l'autre, le seul élément de certitude du diagnostic clinique est le rejet de poils et de petites boules de matière sébacée dans l'expectoration. C'est ce symptôme qui permit de faire le diagnostic dans les 3 cas rapportés ici par S. Les signes fonctionnels et généraux sont des signes d'emprunt qui évoquent l'idée d'un syndrome pulmonaire ou médiastinal, plus ou moins discret ou complexe.

Les images radiologiques, même lorsqu'elles sont nettement kystique, ne permettent pase d'affirmer la nature de la lésion; tout au plus lorsqu'elles siègent dans la partie supérieure du médiastin antérieur et en l'absence de toute réaction humorale ont-elles une valeur de présomption pour faire admettre un kyste dermoïde plutôt qu'un kyste hydatique.

Il faut songer à l'éventualité d'un kyste dermoïde du médiastin et chercher minutieusement, dans tous les cas où un syndrome pulmonaire ou médiastinal, avec image kystique plus ou moins nette, ne fait pas sa preuve, la présence de poils ou de boules de matière sébacée dans les crachats, seul signe caractéristique de l'affection. Lorsque cette découverte est faite au cours de suppuration pulmonaire ou de cancer du médiastin ou du poumon, il faut admettre que cette suppuration ou ce cancer sont greffés sur un kyste dermoïde du médiastin.

Robert Clément.

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE (Paris)

L. Weckers. ***Un nouveau signe clinique pour le diagnostic différentiel et le pronostic des névrites rétro-bulbaires*** (*Archives d'ophtalmologie*, t. XLIX, n° 8, Août 1932). — Un malade fixe attentivement le centre d'une feuille blanche uniformément éclairée tout en maintenant un de ses yeux fermé. On couvre alors de la main l'œil ouvert et on le découvre brusquement après quelques secondes. Si le malade n'a pas fait le moindre mouvement il aperçoit, lorsque l'épreuve est positive, une tache généralement ovalaire sur le papier. Un signe positif est un élément de présomption en faveur d'une étiologie alcoolino-nicotinique de la névrite, il permet d'éliminer l'hypothèse de sclérose en plaques. Il est d'autre part d'un pronostic favorable. Les névrites rétro-bulbaires avec signe positif sont susceptibles de guérir complètement.

A. Cantonnet.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE (Paris)

Lévy-Solal et **Mayer.** ***Le métabolisme du calcium chez la femme enceinte, ses variations avec les accidents œdémateux et convulsifs*** (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XXVI, n° 3, Septembre 1932). — De précédentes recherches de Lévy-Solal sur le métabolisme calcique au cours de la gestation normale et pathologique avaient apporté une confirmation à la théorie qui attribue une place importante à l'hypo-calcémie dans la genèse de certains accidents toxiques gravidiques. Dans le présent mémoire, les auteurs résument quelques travaux récents sur le métabolisme du calcium et du chlore chez les femmes enceintes. Ils rappellent, comme M.-P. Weill l'a exposé dans une suite d'articles, qu'une cause d'erreur très importante réside dans le fait que l'étude isolée de

la calcémie totale est insuffisante et ne renseigne en rien sur la valeur réelle du taux du calcium dans l'organisme.

Leurs recherches portent sur 37 femmes. Les dosages et les mesures du métabolisme minéral (au nombre de 120) ont été pratiqués de telle façon que l'on obtienne des mesures comparables: sixième mois, neuvième mois, début de l'accouchement, jour précédant la sortie de la femme (en général, le onzième jour après l'accouchement). Le nombre des femmes pour lesquelles l'examen complet a été fait est de 21. Les autres femmes n'ont pu être soumises à une étude aussi régulière. Cette série comprend toutes les femmes ayant présenté des accidents éclamptiques. La technique utilisée a été la méthode indirecte par reprises fixée par Ch.-O. Guillaumin.

L'exagération de la spoliation calcique chez les femmes présentant des accidents ou des menaces d'accidents toxiques est confirmée par cet ensemble de recherches. Mais il n'existe pas de parallélisme entre l'hypocalcémie et l'imminence ou la gravité des accidents. L'hypocalcémie est, cependant, aussi importante pour établir le pronostic des accidents éclamptiques que le sont les autres troubles depuis longtemps constatés et connus. Les auteurs considèrent comme exagéré de conférer à l'hypocalcémie une importance exclusive au détriment de la valeur à accorder à l'albuminurie et à l'azotémie. Chacune de ces perturbations humorales, comporte une valeur pronostique de premier ordre; il y a un intérêt majeur à les rechercher systématiquement et conjointement. L'irrégularité de ces troubles humoraux fait que l'un d'eux peut exister en l'absence d'un autre et, à cet égard, il apparaît que la recherche méthodique de l'hypocalcémie peut fournir des données précieuses.

Si l'on veut approfondir le problème pathogénique, toujours obscur, des accidents dits toxiques de la grossesse, l'étude de la calcémie et de ses variations constitue un facteur essentiel que Lévy-Solal considère comme important de ne pas perdre de vue.

Henri Vignes.

JOURNAL DE CHIRURGIE
(Paris)

F. Domenech-Alsina. *Les accidents graves immédiats de la rachianesthésie, leur pathogénie et leur traitement* (*Journal de Chirurgie*, t. XL, n° 3, Septembre 1932). — D.-A. a repris l'étude expérimentale antérieure de Schilf et Ziegner en 1924. Sur un chien chloralosé, trachéotomisé, dont la pression artérielle fémorale et la respiration sont enregistrées, après laminectomie prudente, il injecte très obliquement sous la duremère de 3 à 7 centigr. de novocaïne-suprarénine en solution à 5 pour 100.

L'injection dorso-lombaire n'ayant qu'une faible action hypotensive n'est pas étudiée. Restent l'injection dorsale et l'injection cervicale.

L'*anesthésie dorsale*, par injection haute descendante, détermine essentiellement un abaissement brusque de la pression avec retour progressif à la normale en une heure. C'est un trouble vasomoteur, attribué par Schilf et Ziegner à l'anesthésie des filets vaso-constricteurs du grand sympathique, mais qui, pour D.-A., est analogue à celui, par anesthésie totale des centres vaso-moteurs médullaires, qui suit la section de la moelle.

Le retour spontané n'a lieu que si la pression initiale était bonne: un animal tourmenté, privé de sang, ne résiste pas. Ici l'hypotension est le fait primitif, l'arrêt respiratoire, qui n'apparaît qu'un peu après la descente à 0 de la pression artérielle, est secondaire. L'adrénaline à petite dose, mais continue, est le remède nécessaire à l'hypotension et le relèvement de la pression, obtenu grâce à elle, est suivi du retour de la respiration. Lorsque l'action de l'hypotension, malgré l'emploi prolongé de l'adrénaline, entraîne une défaillance cardiaque tardive, annoncée par quelques extra-systoles, c'est l'ouabaïne en injection intraveineuse qui peut alors assurer le relèvement définitif de la tension.

L'*anesthésie cervicale*, par injection cervicale basse ascendante, à dose faible et si elle n'atteint que modérément le bulbe, n'est pas mortelle comme l'ont dit Schilf et Ziegner, si la pression initiale a été ménagée en évitant hémorragie et traumatismes. L'hypotension se produit comme à la région dorsale, elle a son remède continu dans l'adrénaline et, si elle a entraîné la défaillance cardiaque tardive, dans l'ouabaïne. Mais c'est ici l'action directe sur le centre respiratoire qui est le fait primitif et prédominant, entraînant, avec une dose forte, l'arrêt de la respiration en deux minutes, alors que la pression sanguine baisse, mais persiste encore pendant trois autres minutes. A dose modérée, il se produit seulement de la bradypnée.

Le remède est ici la respiration artificielle prolongée, la respiration spontanée ne s'étant rétablie qu'au bout de deux heures dans l'une des expériences.

Les conséquences cliniques et thérapeutiques ne sont qu'indiquées dans ce travail expérimental. Tout d'abord, il y a à tenir grand compte de l'état de la pression initiale qui joue un rôle capital dans la résistance aux accidents, mais sur laquelle l'action thérapeutique est assez efficace pour que D.-A. partage l'opinion de Desplas, Chevalier et Durand favorable à l'emploi de l'anesthésie lombaire dans le choc. Le meilleur agent de relèvement est l'éphédrine, à la dose de 0,05 centigr., en injection sous-cutanée.

Pendant l'anesthésie, la surveillance de la pression artérielle et de la respiration permettra de localiser la défaillance initiale et de savoir insister davantage sur l'un des deux remèdes essentiels: la respiration artificielle et l'éphédrine.

Comme nous l'avons vu expérimentalement et comme deux observations en font foi, en cas de défaillance cardiaque tardive, alors que la respiration affaiblie persiste encore, un demi, un quart de milligramme d'ouabaïne en injection intra-veineuse peut sauver le malade.

P. Grisel.

JOURNAL DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROLOGIE
(Paris)

R. Gilbert. *Les méthodes radiologiques d'exploration du foie dans la lithiase et l'ictère lithiasique* (*Journal de Radiologie et d'Electrologie*, tome XVI, n° 8, Août 1932). — Les méthodes radiologiques d'exploration comprennent: 1° la méthode directe; 2° l'examen du carrefour sous-hépatique par repas opaque; 3° la cholécystographie et accessoirement l'hépatographie; 4° les méthodes conjuguées dans l'exploration radiologique de la région du carrefour.

I. *Méthode directe:* c'est la radiographie, sans moyens artificiels de contraste, qui permet de déceler: 1° *les calculs biliaires opaques aux rayons* (surtout en fonction de leur teneur en calcium, bien qu'une technique très minutieuse ait permis, en certains cas, de voir des calculs de cholestérine pure) qui ne représentent, dans les meilleures statistiques, que 40 pour 100 des calculs vésiculaires. 2° *La vésicule biliaire*, normale, hydropique, plus ou moins pleine de boue riche en CO^3Ca, moulée par un calcul, à parois épaissies ou calcifiées. Il faut se méfier de ces images qui peuvent être dues à une région pylorique ou à un bulbe duodénal rempli, à une superposition d'ombres rénale ou hépatique.

La méthode directe peut permettre de suivre la *migration des calculs*.

II. *Repas opaque, recherche des signes indirects:* Les signes indirects ne doivent être ni surestimés, ni sous-estimés. Pris isolément, surtout s'ils sont légers, ils n'ont qu'une valeur relative; l'association de plusieurs d'entre eux peut constituer une forte présomption d'affection vésiculaire.

Citons: 1° les déformations par compression du bulbe duodénal; 2° les modifications de forme et de situation des organes du carrefour par adhérences; 3° les troubles fonctionnels réflexes gastroduodénaux; 4° très accessoirement, le moulage d'une ampoule de Vater distendue, et la rétention prolongée de baryte avec dilatation du bulbe.

III. *La cholécystographie* qui « procure surtout un moyen d'appréciation de l'état morphologique et fonctionnel de la vésicule biliaire, et parfois des voies biliaires, sans renseigner de façon directe sur l'état du foie ».

G. plutôt partisan, pour une méthode de plus en plus employée, de la voie buccale, discute longuement et minutieusement les techniques par voie veineuse et par voie buccale et la manière de procéder à un examen systématique.

Un examen cholécystographique, *sans étude de l'évacuation vésiculaire provoquée* (épreuve fonctionnelle), *n'est que fragmentaire et incomplet*.

G. résume ainsi les réponses de cet examen:

A. *La vésicule s'opacifie:* en cas de lithiase ou de cholécystite lithiasique: 1° opacité homogène de forme et dimensions normales, de situation variable, parfois petits calculs décelables à une phase avancée de l'évacuation; 2° au sein de l'opacité, images claires ou îlots foncés (plus rarement) ou marbrures sont presque toujours signes de lithiase et comportent le plus souvent indication opératoire. En règle générale, la vésicule fonctionne encore normalement. Causes d'erreurs: images transparentes: bulles gazeuses intestinales; images opaques: calcifications extra-vésiculaires (recourir au contrôle par évacuation provoquée); 3° opacité de forme ou avec contours anormaux persistants: il peut, ou non s'agir de lithiase, mais surtout de péricholécystite; toujours recourir à l'épreuve d'évacuation. Dans ce cas de petits calculs pourront passer inaperçus.

B. *La vésicule ne s'opacifie pas*; si l'épreuve a été bien pratiquée, s'il n'existe pas d'insuffisance hépatique, c'est « un indice sérieux d'état pathologique de la vésicule ou des voies biliaires, mais pas forcément de lithiase », bien que celle-ci puisse le conditionner directement ou indirectement. « Ce signe de présomption n'acquerra toute sa valeur que dans le cadre de l'observation clinique. » G. montre que les causes d'erreur dues à un trouble fonctionnel peuvent être plus ou moins évitées par la méthode des doses fractionnées de Sandström.

III *bis*. *Hépatographie*. Consistant dans l'emploi d'injections intra-veineuses de sels de thorium susceptibles de provoquer l'opacification du foie et de la rate; c'est là un procédé d'examen qui, chez l'homme, ne doit être utilisé qu'avec de sévères restrictions.

IV. *Méthodes conjuguées*. Celles-ci comportent l'emploi de la méthode directe puis de la cholécystographie et du repas baryté (successivement ou combinés). G. est partisan des examens successifs et de l'examen pyloro-duodénal en couche mince avant le repas baryté normal. Il ne faut jamais négliger l'étude de l'évacuation provoquée de la vésicule opacifiée.

Exploration radiologique dans l'ictère lithiasique.

Quelles sont les données que peut fournir l'examen radiologique?

1° La radiographie sans artifice peut permettre de déceler la lithiase du cholédoque à condition que l'opacité des calculs soit suffisante (mais le plus souvent, il s'agit de boue transparente).

2° L'examen du carrefour par repas opaque, surtout en couche mince, peut montrer un signe

indirect d'obstacle par déformation ou aspect lacunaire du duodénum.

3° Il semble « qu'à condition de recourir à une préparation chimique éprouvée et à l'administration fractionnée par voie buccale on puisse pratiquer sans inconvénient la cholécystographie dans les ictères chroniques, sauf les cas d'insuffisance hépatique trop accusée ».

Cependant, pour l'instant, « la valeur pratique de la méthode de Graham paraît discutable dans le diagnostic différentiel de cette catégorie d'ictères ».

En résumé, « en l'absence de calculs cholédociens opaques ou décelables sur le fond opacifié du cholédoque, l'examen radiologique n'apportera que des présomptions, mais sa contribution pourrait être sensiblement accrue si l'on trouvait un procédé susceptible de renseigner radiologiquement sur la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique. Vu les tendances actuelles en cholécystographie, cet espoir n'est pas téméraire ».

MOREL-KAHN.

REVUE ODONTOLOGIQUE (Paris)

Henri Vignes. ***Les caries dentaires en période obstétricale*** (*Revue Odontologique*, tome LIII, nos 9 et 10, Septembre 1932). — V. apporte une contribution très intéressante à cette question difficile à résoudre, car les statistiques dentaires sont aléatoires, la méthode des bilans est laborieuse et les résultats de la calcémie ne sont pas probants.

En effet, il n'est pas établi de façon évidente par les statistiques que la grossesse ait dans l'ensemble une action nocive sur les dents. Mais il existe des phénomènes de polycaries qu'il faut expliquer. V. donne le pourcentage de 5 à 10.

Bar, par la méthode des bilans, a constaté que le calcium était prélevé sur les réserves maternelles. Vignes et Coisset, par leur expérimentation, ont montré qu'il existe *une décalcification physiologique au cours de la grossesse et d'autant plus marquée que la grossesse est plus avancée.* Cette décalcification peut devenir pathologique pour des causes diverses, et engendrer des complications d'ordre général plus ou moins graves.

En ce qui concerne la polycarie, la décalcification physiologique est insuffisante pour l'expliquer. En effet, il y a:

1° Faible pourcentage des parturientes atteintes de polycaries.

2° Précocité de ces caries au cours de la grossesse alors que l'enrichissement du fœtus en calcium se fait à la fin de la grossesse.

3° Intégrité de système dentaire dans des cas patents de décalcification pathologique.

Il faut donc envisager un facteur morbide complémentaire: insuffisance d'apport, troubles gastro-intestinaux, carence fruste de vitamines ?

V. insiste sur la nécessité:

1° De faire des traitements dentaires chez une femme enceinte, sans tenir compte de son état.

2° De respecter la décalcification tant qu'elle reste physiologique et de ne pas provoquer, en vue de la prophylaxie des caries gravidiques, une surcharge calcique, ce qui a des inconvénients graves quant à l'accouchement.

3° De prescrire au contraire un régime recalcifiant si la femme fait des polycaries ou si, au cours des précédentes grossesses, elle a fait une décalcification dentaire importante. Ce régime recalcifiant chez ces femmes qui sont des hypervagotoniques ne peut avoir que des avantages puisqu'il augmente le tonus utérin et qu'il évite les hémorragies de la délivrance. C. RUPPE.

Grandclaude et **Lesbre.** ***Recherches expérimentales sur le pouvoir pathogène de l'association fuso-streptococcique à point de départ dentaire*** (*Revue odontologique*, tome LIII, nos 9 et 10, Septembre 1932). — G. et L. établissent, après sept années de recherches, la hiérarchie suivante des agents microbiens de l'infection dentaire. Ils placent en premier lieu l'association fuso-streptococcique. En second plan, les spirochètes associés, mais bien moins étroitement au bacille de Vincent. Puis viennent des germes de sortie occasionnels: les anaérobies (bacilles perfringens, les streptocoques anaérobies), les staphylocoques. Les autres germes n'ont qu'un rôle de pure contingence.

« Le streptocoque non hémolytique exerce sur le bacille fusiforme une action favorisante nette qui se manifeste par la vitalité des cultures mixtes de ces deux germes et de leurs repiquages en milieux non strictement anaérobies. »

Le type anatomo-clinique des lésions de cette association fuso-streptococcique est une infiltration hémorragique purulente et particulièrement nécrotique.

Les expérimentations qu'ils ont pratiquées chez le lapin leur ont donné les résultats suivants. Les injections intra-gingivales n'ont provoqué que des réactions passagères. Les injections intra-musculaires ont abouti à des lésions phlegmoneuses. Si à cette culture on ajoute des spirilles, il se produit une ulcération avec des bords indurés, sans infiltration profonde ni troubles de l'état général. « Cette lésion locale chancriforme semble faire obstacle à la pullulation des anaérobies et à leur pénétration en profondeur. »

Par inoculation intrapulmonaire directe: pleurésie purulente et hémorragique, avec aspect congestif et purulent, partiellement nécrotique, des poumons. L'inoculation par voie trachéale fait constater les mêmes dommages pulmonaires. Les lésions pleurales sont inconstantes.

C. RUPPE.

JOURNAL DE MEDECINE DE LYON

R. Rendu. ***Réflexe masticato-sudoral localisé (24 cas par blessures de guerre)*** [*Journal de Médecine de Lyon*, tome XIII, n° 302, 5 Août 1932]. — R. propose d'appeler « réflexe masticato-sudoral localisé » un « phénomène assez curieux », observé chez d'anciens blessés de la face qui « consiste essentiellement en une sudation de la région pré-auriculaire, se produisant du côté de la blessure, à l'occasion de la mastication. Il donne un court résumé de 24 observations de blessures plus ou moins graves de la région parotidienne supérieure, souvent accompagnées de paralysie faciale, de surdité totale unilatérale, de fracture de la branche montante du maxillaire ou de sténose cicatricielle du conduit auditif. Le réflexe masticato-sudoral apparaît en général au cours de la cicatrisation des plaies et n'a guère de tendance à rétrocéder. Il semble bien être sous la dépendance de la mastication des aliments et non de la déglutition du liquide sapide. La zone d'hyperhydrose, qui est assez limitée, correspond à une partie du territoire du nerf auriculo-temporal. Elle s'accompagne de zones d'anesthésie ou d'hypoesthésie, qui ne concordent pas avec elle et empiètent souvent sur le domaine du nerf voisin.

Le mécanisme de production de cette sudation masticatoire localisée est loin d'être encore complètement élucidé. Il s'agit en effet d'un syndrome complexe, comportant un mélange de phénomènes irritatifs intermittents déclanchés par la mastication et d'un déficit permanent de la sensibilité cutanée.

R. considère le « réflexe masticato-sudoral localisé » « comme une syncinésie ou plus exactement comme un phénomène syncino-sécrétoire: par suite des perturbations de la fonction thyroïdienne (résultant de l'atteinte de cette glande par une inflammation spontanée comme une blessure), l'influx nerveux, destiné aux fibres masticatrices du nerf maxillaire inférieur, se diffuserait dans les fibres excito-sudorales du sympathique qui accompagnent le nerf auriculo-temporal, branche du maxillaire inférieur: ainsi se trouverait réalisée l'association des mouvements masticatoires et de la sécrétion sudorale circonscrite. »

ROBERT CLÉMENT.

J. Paviot et **H. Jarricot.** ***A propos des viscéralgies: les dermalgies-réflexes*** (*Le Journal de Médecine de Lyon*, t. XIII, n° 303, 20 Août 1932). — L'inflammation d'un viscère (appendicite par exemple) se traduit par des douleurs spontanées souvent irradiées et par des douleurs provoquées en faisant rouler entre le pouce et l'index qui les pincent les plans superficiels (procédé du pincer-rouler), en déclanchant en des zones très limitées une douleur que le malade compare souvent à une piqûre. Cette zone d'hyperesthésie provoquée ne coïncide pas toujours avec la localisation périphérique de la douleur spontanée et n'occupe qu'une partie de la zone de protection de l'organe.

Ce procédé d'exploration serait plus fidèle que la piqûre et montrerait non seulement l'existence d'une zone hyperesthésique, mais à ce niveau une sensation d'empâtement du tissu cellulaire sous-cutané, traduisant objectivement l'existence de troubles vaso-moteurs.

L'existence d'hyperesthésie dermique réflexe n'est pas propre aux algies viscérales, elle se rencontre dans de nombreux états douloureux: arthralgies, névrites, artérites, etc., et même dans certains états pathologiques qui ne sont pas spontanément douloureux.

Ces zones de « dermalgies-réflexes » rappellent la cellulite (que P. et J. préfèrent appeler cellulie), dans laquelle le pincement des tissus superficiels donne la même sensation et réveille une douleur analogue.

L'injection intradermique d'eau bi-distillée au point douloureux fait disparaître les placards d'infiltration cutanée, modifie la douleur et l'impotence si elle existe.

Ces faits, en dehors de leur intérêt diagnostique et thérapeutique, font voir sous un jour nouveau le mécanisme physio-pathologique des algies et l'action des agents antalgiques.

ROBERT CLÉMENT.

Ch. Roubier. ***Lymphogranulomatose maligne et dilatation des bronches*** (*Journal de Médecine de Lyon*, t. XIII, n° 304, 5 Septembre 1932). — Chez une malade de 45 ans ayant présenté une lymphogranulomatose maligne à prédominance médiastinale, on trouva à l'autopsie tout le lobe supérieur du poumon droit induré et creusé d'un assez grand nombre de cavités à parois lisses et régulières, du volume d'une noix, renfermant une bouillie puriforme un peu fétide. Le tissu pulmonaire avoisinant est induré et anthracosique; sur la paroi d'une des cavités, il existe une zone noirâtre d'aspect gangreneux. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une dilatation des bronches, qui ne s'était pas manifestée durant la vie.

Une deuxième observation se rapporte à un jeune homme de 16 ans ayant présenté une pleurésie purulente traitée par pleurotomie, puis des signes de bronchite diffuse avec foyers de râles confluant à la base du même côté, et état subfébrile continuel. Trois ans après cette pleurésie purulente apparaissent des adénopathies multiples, l'hypertrophie du foie et de la rate et une fièvre ondulante aboutissant à une cachexie progressive et à la mort par péritonite aiguë. A l'autopsie, lésions de dilatations bronchiques à la base gauche, ganglions à l'aspect nettement granulomateux, pas de lésions tuberculeuses.

On peut discuter le mécanisme de ces dilatations des bronches; si, dans le premier cas, les dilatations bronchiques strictement localisées à un territoire déterminé peuvent être attribuées à la compression

d'une grosse bronche par les ganglions médiastinaux, cette explication n'est pas valable pour le deuxième cas où les bronchectasies représentent sans doute la localisation précoce sur l'appareil bronchique de la granulomatose maligne elle-même.

Robert Clément.

L. Gallavardin. ***L'angine de poitrine et ses lésions. D'après une statistique de 44 observations de syndrome angineux avec autopsie*** (*Journal de Médecine de Lyon*, t. XIII, n° 305, 20 Septembre 1932). — Dans la question des angines de poitrine, nul doute que l'analyse des lésions n'épuise pas la pathogénie, mais le terrain anatomique est encore le plus solide sur lequel on puisse se placer.

Une statistique personnelle permet de conserver aux différents cas la proportion qu'ils présentent dans la réalité et, entre les mains d'un clinicien comme G., elle est susceptible d'apporter des conclusions de très grande valeur.

Il a retenu 44 observations de syndrome angineux, intense ou léger, mais d'une indiscutable netteté, tous contrôlés, anatomiquement. Sur ces 44 malades, l'aortite syphilitique fut relevée à l'autopsie dans 19 observations : 11 observations d'aortite syphilitique avec encerclement des orifices coronariens, 3 avec rétrécissement des orifices coronariens et coexistence d'altérations athéromateuses des coronaires, 5 avec ou sans insuffisance aortique, sans lésions des coronaires. Sur ces 19 cas où la syphilis fut anatomiquement vérifiée, l'aortite syphilitique avait été cliniquement diagnostiquée dans 17 cas. La statistique anatomique présentée ici confirme les conclusions fournies par la statistique purement clinique portant sur 500 angineux, où la syphilis n'était certainement pas en cause dans plus de 30 pour 100 des cas.

Dans 33 observations, on pouvait soupçonner une origine coronarienne : les lésions des coronaires d'une netteté parfaite ont été trouvées dans 25 cas. Il faut pour bien comprendre l'angine de poitrine distinguer nettement maladie et symptôme. Il existe une maladie coronarienne caractérisée par la sténose des artères coronaires et par les troubles profonds qu'apporte cette sténose au fonctionnement et à la nutrition du myocarde; il existe en second lieu un syndrome douloureux qui se superpose souvent, mais pas toujours, à cette maladie coronarienne et qui peut aussi se manifester en dehors d'elle.

Les 8 observations dans lesquelles on ne trouva pas de lésions coronariennes concernaient quelques faits de néphrite chronique avec angor d'effort ou des aortites syphilitiques avec douleurs angineuses parfois assez atypiques.

En revanche, on ne trouve jamais de lésions coronariennes dans l'angine de poitrine « paradyspnéique » (4 observations) qui est un syndrome plutôt pseudo-angineux qu'angineux, dans l'angor des cardiopathies valvulaires endocardiques et dans certains cas de syndrome angineux douteux ou atypique.

Les douleurs angineuses sont dues à un ébranlement intéressant le système nerveux cardiaque. La cause immédiate de cet ébranlement ne doit pas être recherchée dans les lésions ischémiques ou infarctoïdes du myocarde; les lésions coronariennes sténosantes prédisposent certainement au développement du système angineux, mais ne sont ni la cause nécessaire, ni la cause suffisante du développement des accès angineux; plus que l'ischémie la gêne de la circulation de retour est l'hypothèse pathogénique la plus probable.

Robert Clément.

A. Dumas. ***Les syndromes d'instabilité tensionnelle, crises cardiaques et anaphylaxie.*** (*Journal de Médecine de Lyon*, t. XIII, n° 305, 20 Septembre 1932). — Les syndromes d'instabilité tensionnelle sont caractérisés par des variations de pression de plus ou moins grande importance, élévation ou abaissement, entraînant les accidents habituels de l'hypertension ou de l'hypotension artérielle brusquées, ainsi que divers troubles qui les apparentent aux crises vasculaires d'hypertension ou d'hypotension paroxystiques, qui ont cependant différentes, plus brutales et peuvent ne pas se répéter.

Ces variations tensionnelles peuvent survenir dans des conditions variées soit chez les hypertendus permanents, soit au cours d'états tensionnels en apparence normaux, mais comportant un déséquilibre vago-sympathique habituel par sensibilisation anaphylactique, soit au cours de certains états tensionnels dissimulés ou compensés, soit au cours de certaines affections nerveuses.

Les symptômes provoqués par les variations de la pression sanguine sont différents suivant les causes qui les commandent ; au point de vue clinique, on peut décrire des syndromes d'instabilité tensionnelle de la cinquantaine, spasmes vasculaires amplifiés du fait de l'hyperexcitabilité de l'appareil endocrino-sympathique, soit de phénomènes vaso-moteurs qui ne sont plus compensés par l'élasticité des vaisseaux. Chez les jeunes sujets au moment de la puberté, on peut observer des crises vasculaires analogues. Il existe une instabilité tensionnelle au cours des affections du système nerveux, notamment au cours du tabes où elle se présente comme une véritable incoordination tensionnelle.

Les sujets prédisposés au choc anaphylactique le sont aussi aux chutes brusques de pression. La crise hypotensive de l'anaphylaxie digestive, celle des asthmatiques, sont connues. L'hypotension brusque peut s'accompagner de troubles cardiaques : tachycardie, crises à type angineux.

La symptomatologie des syndromes d'instabilité tensionnelle est plus bruyante que celle des syndromes permanents. Au cours de ces variations tensionnelles peuvent survenir des complications graves : hémorragies cérébrales, crises d'angor, insuffisance ventriculaire gauche, œdème pulmonaire.

Qu'il s'agisse de sujets hypertendus ou de sujets à pression normale, le traitement consiste à éviter les variations brusques par le calme, le repos et le régime, et lorsqu'il existe une sensibilisation anaphylactique, en éliminant les substances capables de provoquer la crise vaso-motrice.

Robert Clément.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Vienne et Munich)

A. Hottinger et E. Lorenz. ***La répartition des âges dans la diphtérie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 32, 6 Août 1932). — Les courbes dressées en recherchant le nombre des enfants à Schick positif, par Groer et Kassowitz (1919), par Zingher (1923) aussi bien que par Baccichetti (1922), prises dans des pays et à des moments différents, se superposent à peu près exactement entre elles et avec celle de Sebrultka v. Rechtenstamm qui concerne 2.000 cas de maladie.

Les courbes dressées par H. et L. diffèrent sensiblement. Elles portent sur 502 cas de diphtérie qu'ils ont observés à Dusseldorf dans l'hiver 1932 et sur les résultats donnés par des réactions de Schick qui ont été pratiquées sur 443 enfants non diphtériques soignés pendant la même période pour d'autres affections. D'abord, le maximum de la morbidité par diphtérie tombe entre 6 et 9 ans, tandis que la proportion des réactions positives atteint son maximum entre 7 et 10 ans. Il y a lieu d'ailleurs de remarquer que 75 pour 100 de toutes les diphtéries qui surviennent en ville sont soignées à la clinique. Il y aurait donc un déplacement de la disposition suivant l'âge.

Depuis 1919, la morbidité à Dusseldorf a d'abord baissé pour atteindre, entre 1922 et 1926, un minimum très marqué. Dans ces conditions les enfants, qui sont nés entre 1920 et 1926, n'ont pas eu souvent, au cours de leur existence, l'occasion de s'immuniser. Ils sont donc plus sensibles et sont ainsi tombés malades au cours de l'épidémie actuelle. Par ailleurs, les cas de mort par diphtérie sont très réduits, de sorte que la mortalité diminue par rapport à la morbidité.

On réussit, dans une proportion importante des cas, à rendre négative une réaction de Schick antérieurement positive, par injection de 1 à 2 cmc de sérum de cheval. H. et L. ont constaté que cette modification de la réaction, qu'ils ont recherchée chez 70 enfants, survient le plus souvent, dans les groupes les plus jeunes. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, il est moins sensible à ces injections. Il faut donc admettre que les processus d'inflammation et d'immunité n'atteignent pas encore, chez les très jeunes enfants, le degré de spécificité réalisé plus tard et surtout chez l'adulte. Il y aurait ainsi une maturation sérologique qui serait un produit de l'âge et tout à fait indépendante de l'exposition à laquelle le sujet a été soumis. L'apparition d'hémolysine et d'anticorps spécifiques serait donc le résultat du vieillissement et pourrait apparaître sans contact direct avec les antigènes correspondants. Ainsi s'expliquerait l'apparition d'anticorps de la diphtérie chez les esquimaux et chez les Cafres.

P.-E. Morhardt.

Herbert Binswanger. ***Pathologie fonctionnelle du foie dans le delirium tremens alcoolique*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 32, 6 Août 1932). — A la clinique psychiatrique de Zurich, on étudie d'une façon systématique le fonctionnement du foie chez les malades. Ces recherches ont été poursuivies notamment chez des alcooliques qui constituent le tiers des entrées à la clinique, c'est-à-dire environ 350 par an.

En cas de delirium tremens, on a souvent trouvé des pigments biliaires dans l'urine, une augmentation de la bilirubine du sang, un trouble du métabolisme des graisses, de l'oligurie, etc., symptômes qui peuvent tous, plus ou moins, être rattachés à une lésion du fonctionnement hépatique. B. a utilisé, au cours de ses recherches, l'épreuve de Bergmann-Bilbott qui consiste à administrer 50 centigr. de bilirubine, puis à doser la bilirubine du sang trois minutes et trois heures après l'injection. Il a été procédé à cette épreuve dans 9 cas et elle s'est montrée 5 fois positive, c'est-à-dire qu'au bout de trois heures on a retrouvé 15 pour 100 de bilirubine de plus qu'au début. Cette épreuve devient négative au fur et à mesure que le délire s'atténue et elle ne redevient pas positive, même plusieurs mois après guérison.

Dans 8 de ces cas, on a également trouvé, dans l'urine, de l'urobiline et de l'urobilinogène, mais pas de bilirubine. B. a également étudié l'hyperglycémie initiale qui apparaît après injection intraveineuse d'insuline à la dose de 1/2 unité par kilogramme de poids du corps. Cette hyperglycémie manque soit immédiatement avant l'apparition du délire proprement dit, soit dans les deux premiers jours qui suivent le début de la crise. Mais elle reparaît ultérieurement. De même, elle a été régulièrement constatée en cas de delirium tremens guéri depuis longtemps et chez les alcooliques. La glycosurie n'a pas été constatée dans tous les cas. Néanmoins, chez tous les malades examinés, sauf un, la glycémie à jeun atteignait des chiffres anormalement élevés sans que l'administration de glucose fasse apparaître une courbe de diabète.

L'absence d'hyperglycémie insulinique ne coïncide pas assez exactement avec les symptômes cliniques pour qu'on puisse admettre que le délire soit la conséquence d'un appauvrissement du foie

en glycogène. Néanmoins, ce symptôme suffit pour qu'on doive recommander, dans le delirium tremens, le traitement par l'insuline et le glucose qui est utilisé dans les affections du foie. On arrivera, d'après B., à soutenir ainsi le pouvoir détoxiquant du foie à l'égard de l'alcool et à raccourcir la durée de la crise.

P.-E. Morhardt.

Alfred Marchionini et **Berta Ottenstein.** ***Le taux de la diastase dans le liquide céphalo-rachidien*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 32, 6 Août 1932). — Jusqu'ici les ferments du liquide céphalo-rachidien ont été peu dosés parce que cette recherche exigeait une grande quantité de liquide. Mais une méthode de détermination de la diastase récemment inaugurée par B. Ottenstein permet d'obtenir des résultats avec 1/10 de centimètre cube.

Avec cette méthode, M. et O. ont examiné 291 liquides céphalo-rachidiens. Les chiffres qu'ils ont trouvés varient de 0 à 80 milligr. pour 100 gr. Dans les affections non syphilitiques avec ou sans altérations du liquide céphalo-rachidien, on a obtenu des chiffres qui varient, dans la très grande majorité des cas, entre 1 et 30 milligr. pour 100 gr.

Par contre, dans les affections syphilitiques, les chiffres varient de 0 à 10 milligr. Le nombre des cas où la diastase est absente est particulièrement important. Il y aurait donc déplacement vers les valeurs faibles ou, selon l'expression des auteurs, vers la gauche.

Si on compare les résultats obtenus ainsi avec ceux que donnent le dosage du sucre dans le liquide céphalo-rachidien, on constate que les variations sont parallèles et que la proportion de sucre est particulièrement faible chez tous les syphilitiques. Il semblerait s'agir, d'après M. et O., d'une altération de la production de diastase dans le cerveau sous l'influence directe du tréponème ou de sa toxine.

P.-E. Morhardt.

Martin Nordmann et **Otfried Müller.** ***La situation d'un centre régulateur de la pression dans la moelle allongée*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 33, 13 Août 1932). — L'existence d'un centre vasomoteur dans la moelle allongée n'a pas encore pu être jusqu'ici déterminée avec précision. Un cas fort bien étudié de N. et M. paraît de nature à combler cette lacune. Il s'agit d'un homme de 22 ans qui fait une poliomyélite. Cette affection provoque entre autres de la paralysie des muscles respiratoires et rend le parler difficile. La pression à l'entrée s'élève à 165-125, le liquide céphalo-rachidien est à une pression de 200; Pandy positif; Nonne négatif; albumine, etc. Il n'y a aucun symptôme de maladie du rein, de trouble fonctionnel des capillaires ou d'artériolosclérose. Au cours de la seconde semaine, la pression atteint 185/126 et au cours de la 3e 198/144 pendant que les symptômes du côté du liquide céphalo-rachidien s'accentuent (Nonne positif). Dans la 4e semaine, un jour avant la mort, la pression atteint 209/140. La mort survient par paralysie respiratoire.

On a eu, dès l'origine, l'impression que l'augmentation de la pression sanguine devait être attribuée à un trouble central de la régulation. L'autopsie a montré d'abord, au point de vue macroscopique, les lésions ordinaires des centres nerveux et les altérations pulmonaires consécutives à une paralysie de la respiration. Mais les reins sont normaux, sauf une pyélite chronique, bilatérale qui a déterminé la formation de calculs à gauche.

L'examen microscopique a confirmé l'absence de lésions rénales et l'existence de lésions de poliomyélite antérieures limitées aux cellules motrices. Dans la moelle allongée, le centre respiratoire (*formatio reticularis grisae*) est infiltré et les cellules ganglionnaires sont détruites, ce qui explique bien la paralysie respiratoire. On trouve également des destructions limitées des cellules dans les noyaux des VIIIe, VIIe et Ve nerfs crâniens. Cette destruction est unilatérale dans les noyaux VII et V. Ces lésions étaient trop peu marquées pour provoquer des symptômes cliniques.

Seule une région riche en cellules, la *substantia reticularis grisae*, qui commence à la hauteur du noyau du facial et s'étend jusqu'au noyau du glosso-pharyngien, présente des lésions si profondes qu'elles doivent être tenues pour responsables de l'augmentation de la pression artérielle constatée pendant la vie.

P.-E. Morhardt.

Ferdinand Donath. ***L'épreuve de la galactose dans l'anémie pernicieuse*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 33, 13 Août 1932). — L'épreuve de la galactose de R. Bauer, qui consiste à administrer 40 gr. de galactose *per os*, a été pratiquée par D. dans 39 cas d'anémie pernicieuse. Dans aucun de ces cas, il n'est apparu de galactosurie ni au bout de quatre heures ni au bout de vingt-quatre heures.

Dans tous ces cas, l'épreuve a pu être refaite au cours d'une rémission, soit spontanée, soit provoquée par la thérapeutique habituelle. Au cours de cette nouvelle épreuve, il a été constaté de la galactose dans l'urine. Parfois même, chez les malades qui avaient été traités avec du foie, les chiffres obtenus ont dépassé la normale (4 gr.).

D. remarque qu'on ne saurait dire si l'absence de galactosurie, en cas d'anémie pernicieuse, est due à un trouble de la résorption par l'intestin ou d'excrétion par les reins ou enfin à une altération du métabolisme du sucre. Il n'a d'ailleurs été rencontré des malades dans lesquelles la galactosurie n'apparaît pas après l'épreuve de R. Bauer, de sorte que cette recherche a une valeur diagnostique. C'est ce que D. montre en donnant le résumé de 4 observations dans lesquelles le résultat de l'épreuve a permis ou d'admettre, ou au contraire d'éliminer le diagnostic d'anémie pernicieuse.

P.-E. Morhardt.

Ken Kuré, Kenji Yamagata et **Yoshitomo Kaneko.** ***Pathogénie de la sclérodermie et le parasympathique spinal*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 34, 20 Août 1932). — Il paraît vraisemblable à K. et ses collaborateurs que la sclérodermie est en relations avec une lésion du système nerveux et plus spécialement du sympathique spinal. Il a donc été procédé à l'examen de cette région du système nerveux chez 3 sujets morts en présence des symptômes de sclérodermie. Il résulte de cet examen que le parasympathique spinal n'est pas bien développé. Plus spécialement les fibres parasympathiques qui partent du 3e ganglion thoracique droit présentent des signes de dégénérescence manifeste. On a procédé en outre, à des biopsies chez 4 sujets. On a ainsi constaté que les petites fibres à myéline des nerfs cutanés présentent, dans les régions sclérodermiques, des signes de dégénérescence tandis que les grosses et les moyennes sont intactes.

Ces lésions paraissent donc frapper surtout les fibres parasympathiques et trophiques. Dans ces conditions, en excitant ces fibres trophiques, on peut espérer agir favorablement sur la sclérodermie.

La méthode utilisée par K. et ses collaborateurs pour arriver à ce résultat a consisté à pratiquer des injections sous-cutanées de pilocarpine à 1 pour 100 à la dose de 0,2 cmc ou encore dans l'application d'une pommade à la pilocarpine. Dans les 5 observations données par les auteurs, on a constaté, sous l'influence de ce traitement, un ramollissement net des lésions et une diminution de la pigmentation parfois déjà au bout de cinq jours et, au plus tard, au bout de un mois et demi.

Il est possible que la pilocarpine excite les terminaisons des fibres parasympathiques altérées ou les fibres parasympathiques qui sont encore normales. Il est possible également que la pilocarpine agisse directement sur les substances réceptives de la peau dont l'existence est admise par Langley et Dickinson dans les terminaisons des nerfs autonomes.

P.-E. Morhardt.

Karl Paschkis. ***Les effets des médicaments cholérétiques et spécialement de l'acide déhydrocholique sur la tolérance du foie au galactose*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 34, 20 Août 1932). — P. remarque qu'on ne dispose pas d'un grand choix de médicaments qui stimulent la sécrétion biliaire de cholérétiques, et qu'il est important de connaître les effets secondaires de ceux qui agissent à ce point de vue. Parmi ces médicaments, figure d'abord l'atophan que P. a administré à un sujet sain dont il avait préalablement étudié la tolérance pour le galactose. Il a ainsi constaté que sous l'influence du médicament, cette tolérance baisse, le galactose éliminé passant ainsi de 1,97 ou 1,65 à 4,42 grammes.

Parmi les acides biliaires, c'est surtout l'acide déhydrocholique qui présente de l'intérêt. Ce médicament a d'ailleurs été peu étudié au point de vue de ses effets sur la tolérance du galactose. En reprenant ses expériences avec ce médicament, P. a constaté que cette tolérance augmente, en général, d'une façon nette. Mais si on dresse la courbe de la tolérance pendant plusieurs jours, on constate, qu'après augmentation du galactose, il y a au contraire diminution.

Les acides biliaires diminuent la glycémie. Mais les explications de ce phénomène varient beaucoup. On admet que ces acides provoquent, soit une hyperinsulinémie endogène, soit une inhibition de la mobilisation du glycogène, soit encore un trouble de la formation de glycogène. Quoi qu'il en soit, l'augmentation de la tolérance du galactose, qui s'observe sous l'influence des acides biliaires, serait la conséquence d'une modification dans le glycogène du foie ou encore dans une hypoinsulinémie consécutive à l'hyperinsulinémie primitive.

Au point de vue thérapeutique et surtout en ce qui concerne l'acide déhydrocholique, P. considère que, comme cholérétique, ce médicament doit continuer à être utilisé, mais que, cependant, en cas de lésions parenchymateuses du foie et plus spécialement dans l'ictère simple, dans l'ictère salvarsanique et dans l'intoxication phosphorée, il doit être évité.

P.-E. Morhardt.

DEUTSCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Assmann. ***Diathèse exsudative angioneurotique*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 33, 12 Août 1932). — Entre la diathèse exsudative de Strumpell et la diathèse angio-neurotique de O. Muller, existent des rapports importants qui sont mis en évidence par l'étude des modifications physiologiques vasculaires déterminées par l'irritation des nerfs vaso-moteurs, ainsi que par la lecture des observations cliniques.

On peut comprendre sous le nom de diathèse exsudative angio-neurotique des processus pathologiques des vaisseaux périphériques se manifestant soit par des contractions spasmodiques artérielles, soit par une dilatation avec stase capillaire, ainsi que par une exsudation à travers la paroi capillaire dans les tissus. Cliniquement, ces phénomènes pourront correspondre aux tableaux de l'œdème de Quincke, du syndrome de Raynaud, des hémorragies muqueuses, de l'hydarthrose intermittente du genou, des accès épileptiformes, etc. Le lien entre ces diverses manifestations est cons-

titué par leur apparition brusque sous forme d'accès, ainsi que par les modifications caractéristiques sanguines qui les accompagnent : lymphocytose et éosinophilie entre les crises, polynucléose et éosinophilie pendant les accès. Le terrain prédisposé constitutionnellement détermine une hypersensibilité, alors que le déclanchement des crises est vraisemblablement explicable par la formation de substances déchaînantes organiques d'origine exogène ou plus souvent endogène.

G. Dreyfus-Sée.

Prausnitz et **Stepp**. ***Contribution à l'étude de la psittacose*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 34, 19 Août 1932). — L'observation relatée avec détail dans cet article est celle de Prausnitz lui-même, contaminé au laboratoire au cours de recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur les viscères de perroquets responsables de plusieurs cas humains de psittacose.

Malgré le port d'un masque, la contamination a pu s'effectuer, vraisemblablement par la muqueuse oculaire, l'humidité de l'atmosphère ayant nécessité une après-midi de fréquents nettoyages, des lunettes portées par P.

L'incubation a été de dix jours et le tableau clinique réalisé, celui d'une pneumonie atypique. L'image radiologique localisée au lobe inférieur droit était peu mobile à l'opposé des formes classiques.

L'évolution fut simple, sans complication et la guérison était complète le dix-huitième jour.

Cette observation expérimentale, suivie quotidiennement avec soin, précise et confirme les notions cliniques et humorales concernant la psittacose ; elle n'apporte nul élément nouveau sur l'étiologie de cette affection, les recherches bactériologiques étant demeurées négatives.

G. Dreyfus-Sée.

W. Klinike. ***Les vomissements psychogènes, dits vomissements habituels.*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 34, 19 Août 1932). — K. relate 4 observations de vomissements psychogènes au cours desquels il a pu mettre nettement en évidence l'absence de lésion organique et l'existence d'une réaction dépressive légère survenant sur un terrain psychopathique constitutionnel. L'anorexie et les douleurs gastriques peuvent être considérées comme sièges accessoires de la dépression psychique. Par contre, les vomissements seraient symptomatiques d'une certaine anomalie du développement. Chez ces sujets, l'irritabilité du centre du vomissement témoignerait de la persistance d'un caractère infantile, et serait donc caractéristique d'un arrêt de développement.

Les thérapeutiques actives, les traitements gastriques ne peuvent, en conséquence, qu'être inefficaces, alors que les mesures psychothérapiques : isolement, suggestion, etc., sont particulièrement indiquées.

Il importe de rechercher chez les malades l'existence de signes de maladie de Basedow, cette affection pouvant parfois déterminer un syndrome comparable ainsi qu'en témoigne une des observations de K.

G. Dreyfus-Sée.

J. Zutt. ***Risque de lésion nerveuse périphérique au cours des injections intraveineuses. Méthode évitant ce danger*** (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, tome LVIII, n° 34, 19 Août 1932). — Les lésions des nerfs périphériques succédant à une injection intraveineuse sont rares, ce qui explique qu'elles ont été peu étudiées. Il semble pourtant qu'il soit intéressant d'en préciser le mécanisme exact afin de tenter de les éviter en tout cas.

Les 5 cas étudiés par Z. concernent des malades traités par des médecins expérimentés. Pourtant, chaque fois le sujet avait éprouvé au cours de l'injection une sensation douloureuse témoignant de l'inoculation para-veineuse du médicament.

Les études anatomiques montrent que les conséquences de tels incidents seraient évitables à condition de toujours pratiquer la piqûre de la veine médiane anastomotique bien isolée, alors que les rapports intimes des filets nerveux avec la veine basilique et avec la veine céphalique exposent à une lésion de ces rameaux sensibles.

Des facteurs chimiques entrent d'ailleurs certainement en ligne de compte pour expliquer les lésions produites plus fréquemment lors de certaines injections (sels calciques par exemple).

G. Dreyfus-Sée.

DEUTSCHES ARCHIV FUR KLINISCHE MEDIZIN (Leipzig)

Sture A. Siwe. ***La fonction exocrine du pancréas et les conséquences de sa suppression*** (*Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, tome CLXXIII, n° 4, 25 Juillet 1932). — S. a eu l'occasion d'observer, à plusieurs reprises, une fillette morte à 2 ans, après avoir présenté des symptômes de bronchite et surtout des troubles intestinaux très remarquables. L'enfant fut allaitée par sa mère pendant un mois, puis nourrie avec du lait de vache ; au dixième mois, elle commençait à se tenir assise, mais n'arrivait pas encore à se tenir debout à un an. A partir du sixième mois, on a remarqué qu'elle avait 8 à 9 selles très abondantes par jour. A 19 mois, elle fait l'impression d'être peu développée, mais ne présente pas de signes de rachitisme. A ce moment, elle a 2 ou 3 selles par jour, d'un gris jaunâtre qui pourrait faire songer à une dyspepsie de fermentation. Mais un examen plus attentif montre que ces selles sont presque entièrement constituées par des graisses, des acides gras et des savons. On trouve aussi des fibres musculaires et des noyaux cellulaires. En même temps, il existe un retard du développement psychique et moteur assez considérable. La fillette meurt et à l'autopsie on constate que le thymus (7 gr.) et surtout la thyroïde (2 gr.) sont petits pour l'âge, tandis que le foie (310 gr.) présente des lésions débutantes de cirrhose. Le pancréas (21 gr.), qui est gros, présente une consistance cartilagineuse. Il y a une hyperplasie de l'appareil lymphoïde du tractus intestinal, et des ganglions mésentériques.

Le pancréas est constitué dans la plus grande partie par du tissu graisseux semé d'îlots de Langerhans. Les acini sont presque complètement absents. On en trouve quelques-uns seulement dans la tête de l'organe. Au point de vue anatomique, il semble que ce cas soit unique. Il montre d'ailleurs que les îlots sont tout à fait indépendants du parenchyme exocrinien, contrairement à la théorie qui veut que ces deux formations soient plus ou moins interchangeables. Au point de vue clinique, il y a lieu de remarquer que chez cette enfant l'administration de 1 gr. de glucose par kilogramme a fait très rapidement monter le sucre à une hauteur considérable (200 à 218 milligr. par centigramme). Le retour à la normale se fait en une demi-heure. Il n'y a donc pas lieu d'admettre une insuffisance des fonctions endocriniennes du pancréas. La proportion d'acides organiques de l'urine parle dans le même sens (20,1 n/10 d'acide par jour et par kilogramme). Par contre, l'N éliminé est nettement au-dessous de la normale.

L'hypofonction exocrinienne du pancréas n'a jamais pu être constatée chez l'homme à l'état tout à fait pur et l'expérimentation ne donne pas de résultats tout à fait concordants.

Dans le cas de S., il y a lieu de remarquer que les selles n'ont commencé à frapper la mère par leur consistance qu'à partir du sixième mois, bien qu'il s'agisse manifestement d'une anomalie congénitale du pancréas. L'insuffisance exocrinienne du pancréas aurait pu être suppléée au début par les sécrétions intestinales et peut-être par les bactéries. Mais ces fonctions vicariantes se sont montrées insuffisantes à partir du sixième mois et alors il est survenu les selles graisseuses et des produits toxiques qui ont déterminé les réactions de l'appareil lymphoïde ainsi que du foie.

P.-E. Morhardt.

Herbert Scheidel. ***Contribution à l'évolution de la néphrite chronique et particulièrement de la néphrite de guerre*** (*Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, tome CLXXIII, n° 4, 25 Juillet 1932). — A l'Office d'assistance médicale de Heidelberg, il a été examiné, au cours des dix-huit mois qui se sont terminés fin 1931, un total de 5.413 soldats ayant participé à la guerre dont 120 (2.22 pour 100) présentaient des séquelles de néphrite de guerre. A ce sujet, S. rappelle que d'après la statistique de Hume et Natrass (1927) et d'après celles de Magnus-Alsleben (1928), la proportion des cas de néphrite de guerre, qui ont laissé des séquelles plus ou moins sévères au bout de neuf ou dix ans, se sont élevées respectivement à 35 et à 41,5 pour 100.

Parmi les cas vus par S., il en est 61 pour 100 qui ont accusé un refroidissement, 16 pour 100 une angine, 10 pour 100 une affection des voies respiratoires, etc. Le séjour à l'hôpital militaire a varié de quatre semaines à trente mois. Dans 27 cas, la rente accordée n'a pas été modifiée et dans 58 pour 100 des cas elle a été progressivement augmentée. La pression a augmenté dans 52 pour 100 des cas et dans 31 pour 100 elle n'a pas été modifiée sensiblement. L'examen actuel de l'urine n'a rien montré de très caractéristique.

L'épreuve de dilution a montré que la densité descendait à 1,001 et 1,005 dans 64 pour 100 des cas et à 1,006 ou 1,009 dans 19 pour 100. Le pouvoir d'élimination a été troublé d'une façon plus caractéristique. L'urine, émise en quatre heures, a été 47 fois pour 100 insuffisante. Le pouvoir de concentration a été moins touché. C'est là un fait qui avait été noté déjà par Gerhardt. Le pouvoir de concentration de NaCl a été normal. L'azote résiduel du sang a atteint en moyenne 12,5 pour 100, c'est-à-dire un chiffre légèrement supérieur à la normale. L'acide urique du sérum n'a été trouvé augmenté d'une façon régulière. L'indican a été augmenté chez 4,2 pour 100 des malades.

On n'a constaté d'hydropisie dans aucun cas. La tension artérielle a été normale 28 fois sur 100 ; elle a été élevée, mais sans dépasser 170 mm. de Hg, 39 fois sur 100. Elle a dépassé 200 mm. 18 fois sur 100. Le cœur n'a été trouvé normal à l'examen que 31 fois sur 100. On a constaté souvent un rétrécissement des artères de la rétine et 9 fois une rétinite albuminurique typique.

La formule sanguine a montré une lymphocytose variant de 30 à 35 pour 100 et atteignant parfois 50 pour 100 dans 36 pour 100 des cas. Chez la plupart de ces sujets, on a trouvé des lésions des amygdales ou des dents. La vitesse de sédimentation a été accélérée 13 fois sur 100. Ainsi, il y a lieu d'examiner la question de l'infection focale qui a pu jouer un rôle soit au début, soit pour entretenir la maladie.

En somme, ces malades doivent être répartis en plusieurs groupes. Dans le premier, on constate simplement une albuminurie résiduelle sans autre symptôme (18 pour 100). Dans un second, il y a augmentation de la pression (35 pour 100). Dans un troisième, on trouve des signes d'insuffisance rénale (47 pour 100). Dans ce groupe doivent figurer les malades qui présentent, en outre, une augmentation de l'azote résiduel (12,5 pour 100 de la totalité des cas).

P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT
(Leipzig)

Ullmann. *La nature du pityriasis rosé* (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, nos 32 et 33, 6 et 13 Août 1932). — Benedek a insisté sur les rapports du pityriasis rosé et la dyshidrose qu'il attribue comme la séborrhée à un champignon, le *Schizo-saccharomyces hominis*. U. a observé en trois ans et demi 70 cas de pityriasis rosé et 135 cas de dyshidrose idiopathique (non tricophytique); les pityriasis rosés s'observent surtout au printemps et à l'automne, la dyshidrose surtout en été.

Le médaillon initial du pityriasis rosé ne se rencontre pas d'une façon constante. Habituellement l'éruption se compose de placards érythémato-squameux; mais on peut, plus rarement, noter des éruptions papuleuses, urticariennes, vésiculo-pustuleuses. La localisation habituelle est le tronc et l'abdomen. Plus rarement on observe des éléments au cou, à la face, au cuir chevelu, aux paumes des mains et plantes des pieds.

La non-récidive est la règle; cependant U. a observé 2 fois une nouvelle atteinte. Les muqueuses sont respectées.

U. n'a pas noté de phénomènes fébriles, de douleurs, d'arthralgies au cours de l'éruption. Le prurit, variable, s'observe surtout chez les nerveux.

La cuti-réaction avec la schizosaccharomycine de Benedek est ordinairement positive. Mais U. n'a jamais trouvé de champignon dans les squames de pityriasis rosé. Dans 6 cas récents non traités de pityriasis rosé, U. a essayé d'obtenir des cultures avec le sang circulant citraté, suivant la technique de Benedek; tous ses essais furent négatifs.

U. estime que s'il existe dans certains cas une certaine parenté entre la dyshidrose idiopathique (non tricophytique) et le pityriasis rosé, il n'y a pas identité entre ces deux affections.

R. Burnier.

Engel. *La culture du bacille tuberculeux dans le sang des malades atteints de tuberculose cutanée* (*Dermatologische Wochenschrift*, tome XCV, n° 34, 20 Août 1932). — Kren et Löwenstein ont déclaré avoir obtenu 41 cultures positives de bacille tuberculeux sur 66 cas de tuberculose cutanée, avec des variations suivant les saisons. Mais il est à noter que les recherches des autres auteurs sont loin de confirmer ces résultats et que la plupart ont obtenu ou bien des résultats négatifs, ou bien un nombre infime de résultats positifs. C'est ainsi que Kallos sur 20 cas, Kadisch sur 7 cas, Cohn sur 27 cas, Kach sur 25, Engel sur 9 cultures de sang de malades atteints de tuberculose cutanée, ont toujours obtenu des résultats négatifs.

Dans ses recherches, E. a utilisé la technique de Kren et Löwenstein. Il ajoute à 10 cmc de sang, 2 cmc d'une solution citratée à 5 pour 100: après centrifugation, le sérum est prélevé à la pipette et le culot est hémolysé avec de l'acide acétique à 5 pour 100. Comme hémolysant, E. s'est également servi avec succès d'une solution de saponine à 1: 500.

A côté du milieu à l'œuf de Löwenstein, E. a également employé le milieu peptoné de Petregnani, avec de bons résultats.

E. a étudié 42 cas de tuberculose cutanée: 32 lupus vulgaires, 2 tuberculoses verruqueuses, 1 tuberculose ulcéreuse, 1 tuberculide papulo-nécrotique, 2 érythèmes indurés de Bazin et 4 lupus érythémateux.

Tous les résultats furent négatifs, sauf dans 3 cas de lupus tuberculeux.

Dans le premier cas, de nombreuses colonies furent obtenues sur milieu de Löwenstein et sur celui de Petregnani.

Dans le deuxième cas, une seule colonie poussa en six semaines dans un tube sur milieu de Löwenstein; les autres tubes demeurèrent stériles. Dans ce cas, il existait à côté du lupus une tuberculose pulmonaire ouverte.

Dans le troisième cas, un premier essai fut négatif; l'état du malade s'aggrava malgré le traitement et deux mois plus tard un nouvel examen montra des bacilles dans le sang; 4-5 colonies poussèrent au bout de six semaines sur les 2 milieux de Löwenstein et de Petregnani.

Dans les 3 cas positifs, les colonies étaient visibles à l'œil nu.

La culture du bacille tuberculeux dans le sang des malades atteints de tuberculose cutanée est donc possible, mais les cas sont peu nombreux, et sont loin d'atteindre la fréquence indiquée par Kren et Löwenstein.

R. Burnier.

ARCHIV für SCHIFFS- und TROPEN-HYGIENE
(Leipzig)

P. Regendanz. *Réceptivité des cynocéphales à la maladie du sommeil, par inoculation dans le liquide céphalo-rachidien* (*Arch. f. Schiffs-u. Trop. Hyg.*, t. XXXVI, n° 8, Août 1932). — On sait que les singes cynocéphales sont réfractaires à l'inoculation de la maladie du sommeil (*Trypanosoma gambiense*) par voie sanguine. R. a réussi à provoquer chez ces animaux (*Papio babuin*, *Papio sphinx*) une affection chronique, durant une à deux années, par inoculation du virus dans le liquide céphalo-rachidien. Les parasites ne passent pas dans le sang. Les symptômes nerveux ne sont pas aussi apparents que dans la maladie humaine. Les lésions histopathologiques du cerveau sont absolument comparables, toujours bien marquées. R. discute l'opportunité de la ponction lombaire, faite au début de la maladie du sommeil, dans un but de diagnostic. Il n'en est pas partisan: contamination possible du liquide céphalo-rachidien encore indemne par les parasites du sang, au cours de cette opération.

Ch. Joyeux.

ENDOKRINOLOGIE
(Leipzig)

Hugo Magistris. *L'hormone préhypophysaire du métabolisme des graisses* (*Endokrinologie*, tome XI, n° 3, Septembre 1932). — A côté de son action sur la croissance, sur les glandes génitales, sur l'action spécifique dynamique et sur le métabolisme de base, la préhypophyse agit sur le métabolisme des graisses. L'administration d'extrait de préhypophyse fait augmenter le taux de l'acétone dans le sang de lapin.

Les expériences de M. ont porté sur des lapins mâles dont le sang contient, après huit heures de jeûne, 0,85 milligr. d'acétone et d'acide diacétique et, au total, 4,3 milligr. de corps acétoniques. Après l'injection d'un extrait aqueux correspondant à 5 milligr. de préhypophyse desséchée par l'acétone, on constate une augmentation de ces corps qui atteint son maximum entre la deuxième et la troisième heure. C'est l'acide β-oxybutirique qui augmente le plus. Avec un extrait correspondant à 10 milligr., l'augmentation dure pendant plusieurs heures, de sorte que le retour à la normale n'est complet qu'au bout de vingt-quatre heures. L'histamine possède également la propriété d'augmenter les corps acétoniques du sang. Mais elle n'est pas détruite avec une solution de soude comme l'hormone préhypophysaire. L'action de la thyroxine survient à un moment où celle de la préhypophyse a déjà cessé.

Les hormones préparées à partir de la préhypophyse se distinguent également de l'hormone du métabolisme des graisses. En effet, les prolans A et B sont sans effet sur ce métabolisme. Les autres préparations de préhypophyse du commerce se sont également montrées inactives. On peut d'ailleurs par absorption séparer le prolan de l'hormone du métabolisme des graisses. Cette dernière n'a pas d'influence sur la croissance. Il semble également qu'elle se distingue de l'hormone de croissance et de l'hormone qui stimule la thyroïde. Par contre, elle se montre capable d'augmenter l'action spécifique dynamique qui, sous son influence, s'élève de 22 ou de 25 à 33 ou 38 pour 100. De même, cette hormone augmente nettement le métabolisme de base. Elle est soluble dans l'eau, insoluble dans l'éther, thermolabile, sensible à l'égard des acides et des bases forts, ultrafiltrable.

Comme unité, M. propose la quantité qui, en deux heures, augmente de 100 pour 100 le total des corps acétoniques du sang chez un lapin de 2 kilogr., jeûnant depuis huit heures.

P.-E. Morhardt.

THE AMERICAN JOURNAL of the MEDICAL SCIENCES
(Philadelphie)

G. Cheney et **F. Niemand. *Traitement des anémies secondaires par l'extrait de foie pour anémie secondaire et par le fer*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXIV, n° 3, Septembre 1932). — Les opinions sont très discordantes au sujet de la valeur de l'hépatothérapie dans les anémies secondaires. C. et N. ont traité 50 malades atteints d'anémies secondaires d'étiologie diverse au moyen d'un extrait de foie représentant la fraction que Whipple a dénommée extrait pour anémie secondaire et qui lui a donné de brillants succès dans l'anémie post-hémorragique du chien, associée à de grosses doses de fer, le tout par voie buccale.

Dans tous les cas d'anémie post-hémorragique (14), sauf un, ce traitement donna le succès. Par contre, dans 36 cas d'anémie secondaire relevant d'autres causes, sauf dans 2 cas où l'étiologie restait indéterminée et qui ont bien pu résulter d'hémorragies antérieures, aucun résultat évident ne fut obtenu.

L'amélioration atteinte dans le groupe des anémies post-hémorragiques, dont la majorité étaient chroniques, semble avoir été plus marquée qu'avec les autres méthodes thérapeutiques; on constata la même réponse hématopoïétique excellente que celle que Whipple avait obtenue avec le même type de traitement chez ses chiens.

Bien que 16 autres cas d'anémie aient été améliorés modérément par ce traitement, il semble que certains se seraient améliorés tout autant sans aucune thérapeutique et que d'autres certainement auraient eu un résultat d'égal degré avec de grosses doses de fer exclusivement. Il se produisit une augmentation des réticulocytes dans 24 cas, mais comme le chiffre des hématies ne s'éleva que chez 7 malades, la présence des réticulocytes ne peut pas nécessairement être considérée comme un signe de bon pronostic. Par contre, si l'on constate de la macrocytose dans un cas d'anémie grave, on peut s'attendre à une heureuse action du traitement par le foie et le fer.

Il semble donc justifié de recommander l'association d'extrait de foie pour anémie secondaire et de fer en première ligne dans les anémies post-hémorragiques et dans les anémies de cause obscure s'accompagnant de macrocytose. Cette thérapeutique peut avoir une certaine valeur également dans d'autres anémies secondaires, mais les données acquises actuellement sont insuffisantes pour dire si cette méthode doit prendre le pas sur les grosses doses de fer employées seules.

P.-L. Marie.

P. Zeek. ***Recherches sur l'artériosclérose. Conditions qui dans l'enfance prédisposent au développement précoce de l'artériosclérose. L'athérome et ses séquelles dans les cardiopathies rhumatismales*** (*The American Journal of the medical Sciences*, t. CLXXXIV, n° 3, Septembre 1932). — Le premier travail, basé sur 1070 autopsies consécutives de sujets de moins de 30 ans, montre que l'artériosclérose que Z. a rencontrée dans 79 cas (abstraction faite des lésions vasculaires d'origine inflammatoire telles qu'on en voit au cours de la syphilis, du rhumatisme, articulaire aigu et des infections à pyogènes) se voit avec une bien plus grande fréquence dans certaines maladies.

Ainsi les cardiopathies rhumatismales s'accompagnent presque constamment de lésions athéromateuses de l'aorte et des artères pulmonaires et coronaires. Quatre diabétiques présentaient tous de l'athérome aortique. Des lésions rénales chroniques furent trouvées chez 34 des 52 sujets non rhumatisants et non diabétiques qui avaient de l'artériosclérose. Il y en avait également dans 10 des 23 cas de rhumatisme. C'étaient les artérioles du rein qui étaient le plus souvent touchées en pareil cas.

Les seules autres altérations rencontrées avec une certaine fréquence chez ces artérioscléreux furent des lésions en foyer de la médullaire surrénale et de l'hypoplasie des corpuscules de Malpighi de la rate.

L'association si habituelle de l'athérome et des cardiopathies rhumatismales a conduit Z. à poursuivre ses recherches de ce côté. C'est l'objet de son second travail.

Il a examiné les pièces anatomiques de 62 sujets ayant présenté des lésions rhumatismales typiques à l'autopsie ou simplement des antécédents certains de rhumatisme articulaire aigu, portant son attention particulièrement sur l'aorte, les coronaires et sur l'artère pulmonaire. Les constatations faites sur les sujets morts (28) avant 31 ans sont surtout intéressantes; 25 avaient un certain degré d'athérome aortique; chez 19, les plaques athéromateuses étaient très nettes et parfois calcifiées; 17 avaient de l'athérome des artères coronaires et 20 des artères pulmonaires. Des lésions analogues se rencontrent également au niveau de l'endocarde des valvules et de l'oreillette gauche. La prédisposition à l'athérome créée par le rhumatisme articulaire aigu est donc très manifeste. En même temps que l'athérome, on trouve parfois des dépôts de lipoïdes dans les séreuses enflammées et dans l'épithélium des anses de Henle du rein. Chronologiquement, le dépôt des lipoïdes semble s'effectuer peu de temps après le début de la cardiopathie; d'une façon générale, son degré s'est montré parallèle à l'intensité des lésions cardiaques.

Dans bien des cas, les lésions athéromateuses ont été progressives, aboutissant à la calcification et, lorsqu'elles siégeaient sur l'endocarde valvulaire, à une sténose accusée.

P.-L. Marie.

THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY (New-York)

Richard Berg (Portland) avec préface de Coley (New-York. ***Production expérimentale de diverses variétés de sarcomes des os par injection intramédullaire du virus filtrant d'endothéliome de la poule*** (*The American Journal of Surgery*, vol. XV, n° 3, Mars 1932). — C. rappelle d'abord les caractères des tumeurs de poulet décrites par Fujinami et en particulier, la possibilité de les greffer (1909). Rous en 1911 réussit à reproduire des tumeurs de la poule pour injection de filtrat de ces tumeurs.

Gye pense que des agents inconnus, pour développer une tumeur, doivent trouver un terrain et des conditions de développement favorables. Coley partage cette opinion et établit à ce sujet une analogie avec les expériences de Bullock et Cramer, qui, inoculant des souris et des cobayes avec du virus septique et de B. tétanique ne voyaient se développer la gangrène gazeuse et le tétanos que si les animaux avaient été préparés par des injections de sel calcique.

Berg, injectant du virus filtrant d'endothéliome de la poule, réussit à reproduire un myélome endothélial typique (sarcome d'Ewing). Puis, en utilisant les tumeurs ainsi produites, par inoculation, put obtenir des tumeurs simulant les divers types de cancer humain: 4 sarcomes et 1 épithélioma.

Ensemençant un milieu spécial de Glover avec les tumeurs expérimentales de Berg, B. et C. réussirent à obtenir en culture pure un organisme qui semble en être l'agent causal, et serait, en tous points, semblable à celui obtenu par Glover à partir du cancer humain. Cet organisme serait polymorphe, avec une évolution cyclique et un stade filtrant. Le filtrat reproduit la tumeur chez les animaux.

B. expose ensuite la partie technique de ses recherches:

25 jeunes poulets sont inoculés avec le filtrat de la tumeur de Gye dans le pectoral et la cavité médullaire du tibia.

19 développent une tumeur à la fois dans le pectoral et le tibia.

2 dans le pectoral seulement.

4 survivent, tandis que les autres animaux meurent rapidement avec des noyaux métastatiques dans les poumons, le foie, les muscles. Un poulet présente dans le foie des noyaux considérés comme épithélioma.

Dans une deuxième série d'expériences, inoculation avec le filtrat de la tumeur obtenue chez les animaux du premier groupe: 19 résultats positifs avec métastases. De plus, les 4 poulets survivants du premier groupe sont réinoculés: mort rapide en quelques heures sans doute par anaphylaxie.

Enfin un troisième groupe de 6 poulets inoculés avec un filtrat de la tumeur de la deuxième série donna 5 résultats positifs.

Suivent des radios et de nombreuses planches histologiques avec légendes détaillées. B. et C. rangent les tumeurs qu'ils ont réussi à reproduire parmi les types suivants:

Endothéliomes, myélome endothélial, sarcomes ostéogéniques, tumeurs à cellules géantes, tumeurs épithéliales.

P.-A. Huet.

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY (Chicago)

S. Crawford. ***Acrodynie juvénile*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXVI, n° 2, Août 1932). — C. rapporte 11 cas d'acrodynie juvénile, syndrome du système neuromusculaire et mucocutané, qu'on observe surtout chez l'enfant entre 2 mois et 2 ans, plus rarement chez les enfants plus âgés et chez l'adulte.

Le nom d'*acrodynie* a été donné en 1831 par Chardon, à l'occasion de l'épidémie de Paris de 1827-1831, qu'Alibert avait appelée *érythème épidémique*. Il semblerait, d'après Peltren, que cette épidémie fût simplement une intoxication arsénicale en masse causée par l'absorption de vin contenant de l'arsenic.

La pathogénie de l'acrodynie est encore discutée; pour les uns, il s'agirait d'une maladie infectieuse, pour d'autres, c'est une avitaminose; d'autres enfin estiment qu'il s'agit d'un dysfonctionnement du système nerveux végétatif.

L'enfant est triste, abattu, il maigrit; la photophobie est souvent très marquée; on note de la faiblesse musculaire; l'enfant ne peut plus se tenir debout; les muscles du tronc et des extrémités sont flasques. La transpiration est abondante.

Huit à dix jours après le début de la maladie apparaît souvent une éruption miliaire de petites papules arrondies roses (*pink disease*), localisées à l'embouchure des glandes sudoripares, surtout marquées sur le tronc. Parfois on constate un érythème sur le cou, les bras, les hanches, les fesses. Il existe souvent du prurit, une hyperesthésie, des paresthésies.

Les mains et les pieds sont très fréquemment rouges et œdématiés (*érythrœdème*); au début, la rougeur est brillante, puis plus foncée, purpurique, surtout aux paumes et aux plantes; les doigts sont gonflés, boudinés, la flexion des doigts est difficile; l'épiderme craquelé, macéré, s'exfolie. Des fissures et des érosions apparaissent sur les faces dorsales et palmaires des mains. La muqueuse buccale et linguale est rouge et gonflée; il existe souvent des ulcérations; on peut aussi noter une ulcération du septum nasal et parfois une nécrose.

Comme signes généraux, on constate souvent de la tachycardie (120 à 160), de l'anorexie, de la dysurie. La température oscille entre 37° et 38°. Le sang montre tantôt une augmentation, tantôt une diminution des leucocytes et des hématies.

La maladie dure six mois à un an; fréquemment des rechutes surviennent au bout de quelques semaines ou quelques mois. La mortalité est de 5 à 10 pour 100. La mort subite et inattendue aggrave le pronostic. Parfois il existe des complications pulmonaires (pneumonie) qui donnent une mortalité de 36 pour 100.

Le traitement consiste à nettoyer la peau et les muqueuses avec des antiseptiques faibles et à donner à l'enfant un régime riche en vitamines A et B: orange, tomate, huile de foie de morue.

R. Burnier.

Chargin et **Keil.** ***Maladies de la peau dans les affections rénales non chirurgicales*** (*Archives of Dermatology and Syphilology*, t. XXVI, n° 2, Août 1932). — C. et K. ont étudié les affections de la peau chez 1.100 malades atteints de néphrites aiguës ou chroniques avec ou sans azotémie.

Le symptôme le plus fréquemment observé fut le *purpura* dans une proportion qui varie de 20 à 50 pour 100 suivant les formes; puis vient le *prurit* (12 à 20 pour 100); le *dépôt de givre d'urée* sur la peau s'observe surtout dans les formes graves et à la dernière période (10 à 20 pour 100). Les poussées d'*érysipèle* s'observent dans une proportion de 10 à 42 pour 100.

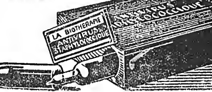
Plus rares sont la stomatite ulcéreuse ou gangreneuse, les éruptions pemphigoïdes, l'urticaire, la dermatite exfoliatrice, l'eczéma, les éruptions médicamenteuses, les pyodermites, l'herpès, le zona.

Il semble que les malades atteints d'azotémie aient plus souvent des lésions cutanées que ceux qui n'ont pas d'azotémie.

R. Burnier.




ANTIVIRUS


LA BIOTHÉRAPIE
ANTIVIRUS
STAPHYLOCOCCIQUE

REVUE DES JOURNAUX

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
(Paris)

Pautrier. ***Les ulcères tuberculeux atypiques. Ulcères tuberculeux du cuir chevelu*** (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, t. VII, n° 9, Septembre 1932). — P. a observé chez un malade 2 ulcérations tuberculeuses du cuir chevelu, qui se différenciaient nettement des ulcères tuberculeux typiques et qui ne ressemblent pas exactement aux types d'ulcères tuberculeux atypiques décrits par Darier-Lévy-Bruhl et par Favre-Bonnet.

Ces ulcères tuberculeux atypiques peuvent être précédés de lésions en placard de plusieurs centimètres de diamètre, rouges ou violacées, légèrement infiltrées, un peu saillantes, pouvant persister des semaines ou des mois. Au point de vue histologique, ce placard est un tissu tuberculeux formé par des follicules tuberculeux isolés avec cellules géantes et épithélioïdes et quelques bacilles de Koch.

L'ulcère, une fois constitué, va progresser lentement, au lieu d'être torpide comme dans le type Darier ou à évolution phagédénique comme dans le type Favre-Bonnet. Le fond est celui d'une plaie atone. Les douleurs étaient intolérables chez le malade de Pautrier.

La coupe histologique montre un tissu tuberculeux en nappe, particulièrement inflammatoire, avec cellules géantes, cellules épithélioïdes, lésions vasculaires marquées et abondance vraiment colossale de bacilles de Koch.

Le malade ne présentait antérieurement aucune lésion viscérale tuberculeuse. Mais il est vraisemblable qu'il est mort de granulie. L'inoculation au cobaye des urines centrifugées a déterminé une tuberculose généralisée; le malade avait donc une tuberculose rénale.

R. Burnier.

L'HYGIÈNE MENTALE
(Paris)

G. Heuyer. ***Psychoses et crimes passionnels*** (*Hygiène mentale*, tome XXVII, n° 7, Juillet 1932). — Les états passionnels morbides, les psychoses passionnelles, sont une réalité clinique. Elles revêtent les couleurs de l'amour, de la jalousie, de la haine, l'avarice, etc.

Cette conception des « psychoses passionnelles », appartenant à la pathologie mentale, est précieuse, car elle permet de traiter en malades les passionnels menaçant de suicide ou d'homicide: l'auteur a pu le faire souvent avec succès.

Malheureusement, dans l'expertise médico-légale, elle se heurte aux théories pénales classiques, basées sur les dogmes de la démence et de la responsabilité.

G. d'Heucqueville.

REVUE DE LA TUBERCULOSE
(Paris)

Léon Bernard et Maurice Lamy. ***Valeur de la splénomégalie pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose du nourrisson*** (*Revue de la tuberculose*, 3e série, tome XIII, n° 8, Octobre 1932). — L'emploi de la radiographie et des réactions cutanées à la tuberculine a montré la fréquence jusque-là méconnue et aussi la bénignité relative de la tuberculose du nourrisson, et décelé bien des cas frustes et des formes latentes. Il était intéressant d'étudier systématiquement les splénomégalies des nourrissons à la lumière de ces moyens d'investigation nouveaux; c'est ce qu'ont fait B. et L. depuis deux ans et demi, en ne retenant que les cas de splénomégalie indiscutables, nettement appréciables à la palpation.

Sur 557 nourrissons, 295 n'étaient pas atteints de tuberculose: sur ces cas, 18 fois seulement, soit dans 6,1 pour 100 des cas, existait une splénomégalie d'autre origine. Sur 252 nourrissons porteurs d'une cuti-réaction positive, dans 79 cas (soit 31,3 pour 100), la rate était augmentée de volume: dans beaucoup de ces cas, il s'agissait de formes évolutives curables ou même de formes latentes de tuberculose.

La constatation chez un nourrisson même d'apparence normale d'une splénomégalie doit donc évoquer l'idée de tuberculose et il semble que le rôle attribué à l'hérédo-syphilis ait été fortement surestimé au détriment de celui de la tuberculose.

En présence d'une broncho-pneumonie ou d'un catarrhe suffocant d'apparence banale, la constatation d'une rate volumineuse et dure doit éveiller la présomption de la granulie. De même, la constatation d'une rate augmentée de volume apporte parfois une aide au diagnostic de ces fièvres de primo-inoculation tuberculeuse dont le diagnostic est souvent malaisé (4 cas de splénomégalie sur 7 observés).

Sur 174 nourrissons sans splénomégalie, B. et L. n'ont observé que 9 morts par tuberculose, soit 6,8 pour 100 des cas. Sur les 79 enfants à grosse rate, il y eut 29 décès par tuberculose, soit 36,7 pour 100. Ceci illustre le caractère fâcheux d'une intumescence splénique, confirmant la gravité du pronostic que lui attribuaient déjà Marfan et Mlle Le Scornet.

Se plaçant à un autre point de vue, B. et L. ont cherché le pourcentage des splénomégalies chez les nourrissons ayant succombé à la tuberculose: sur un total de 41 nourrissons, ils ont trouvé 29 fois la rate augmentée de volume, soit dans 70,7 pour 100 des cas, ce qui souligne encore le redoutable caractère de gravité de la splénomégalie chez le nourrisson tuberculeux.

Les lésions spléniques trouvées à l'autopsie sont du reste variables: dissémination discrète de la tuberculose, parfois tuberculose miliaire étendue; ailleurs, volumineux tubercules caséifiés (rate nougat). Toujours ces lésions extériorisent une généralisation tuberculeuse qui explique suffisamment la gravité habituelle de l'évolution.

L. Rivet.

BORDEAUX CHIRURGICAL

H.-L. Rocher et G. Roudil. ***La pléonostéose (maladie de Léri); étude anatomo-clinique et radiographique*** (*Bordeaux Chirurgical*, t. III, n° 4, Octobre 1932). — La pléonostéose, l'ossification prématurée et excessive, est le nom donné par Léri à l'affection observée chez un premier malade, un homme de 35 ans, et décrite par lui en 1922. Vinrent ensuite les cas de Caussade et Peynet, en 1924, de Guy Laroche et Barthes, de Rouillard et Barreau en 1927, de Hallé et Apert en 1931. Dans tous ces cas, observés chez des adultes et de grands enfants, la maladie, familiale, était caractérisée par la brièveté des os des membres en apparence compensatrice d'un élargissement épiphysaire entraînant la gêne des mouvements des articulations. La malformation, suivant avec le cours de la vie un développement progressif, frappait déjà l'ébauche cartilagineuse de l'extrémité épiphyso-métaphysaire où l'apparition du point osseux épiphysaire et la soudure épiphyso-diaphysaire étaient anormalement précoces.

La nouvelle observation de R. et R. tire son grand intérêt de ce qu'elle débute vingt-six jours après la naissance et a pu être suivie cliniquement et radiographiquement jusqu'à l'âge de 35 mois.

Chez cet enfant arriéré, ayant à 3 ans la taille d'un enfant de 18 mois, et le poids d'un enfant de 1 an, à face mongoloïde avec lèvre supérieure très longue, bouche très petite portée en avant, les caractères essentiels du type morbide décrit par Léri se retrouvent. Nous signalerons seulement les caractères particuliers.

1° Son affection n'a pas le caractère familial.

2° Les conséquences de ses anomalies chondro-osseuses, attitudes vicieuses des membres trop courts avec raideurs articulaires, au lieu de s'accentuer comme il a été décrit, rétrocèdent sous l'influence du traitement orthopédique comme c'est le fait habituel des raideurs congénitales.

3° Si les points épiphysaires des os longs ont eu une apparition prématurée et un développement hâtif, si les points primitifs du grand os et de l'os crochu, visibles normalement au milieu de la seconde année, l'étaient déjà au premier mois, par contre, les points complémentaires des métacarpiens et des phalanges sont en retard d'un an.

P. Grisel.

KLINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Berlin, Vienne et Munich)

Bernhard Zondek et Hans Krohn. ***Hormone du lobe intermédiaire de l'hypophyse (Intermédine). III. Chimie, préparation et biologie de l'intermédine*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 31, 30 Juillet 1932). — L'intermédine diffère de l'ocytocine et de la vasopressine, car elle ne se retrouve pas, comme ces dernières, dans le liquide céphalo-rachidien et parce que les taux de ces diverses substances varient indépendamment les uns des autres dans les divers lobes de l'hypophyse.

Pour préparer l'intermédine, on utilise l'hypophyse desséchée par l'acétone puis bouillie dans l'acide acétique à 1/4 pour 100. Cette substance se montre très sensible à l'égard des ferments protéolytiques (trypsine, pepsine), mais résiste aux rayons ultra-violents. Elle est insoluble dans l'éther, l'acétone et peu soluble dans le benzol et dans le chloroforme. Sa solubilité dans l'alcool augmente avec sa pureté. Elle est adsorbable et précipitable par les sels de métaux lourds.

Au point de vue de sa préparation, Z. et K. font remarquer qu'ils ont eu surtout de la difficulté à la débarrasser de l'ocytocine et de la vasopressine. Pour y arriver, ils utilisent le lobe antérieur désalbuminé représentant une solution d'intermédine de 150 à 200 unités phoxinus par cmc et contenant seulement 0,1 à 0,12 unités Voegtlin d'ocytocine et de vasopressine. Par un traitement à l'alcool, on arrive à des résultats encore meilleurs et on obtient ainsi une poudre dont un γ représente une unité. En général, pour leurs recherches, ils utilisent une solution contenant 500 à 1.000 unités par centimètre cube. Cette préparation permet de provoquer l'expansion de tous les chromotophores, notamment du vairon, de la bouvière, de la grenouille et de l'axolotl.

En dosant la quantité du pigment rouge qui apparaît dans la peau du vairon sous l'influence de l'intermédine, on constate une augmentation considérable: après traitement, on trouve 4 1/2 fois plus de pigments que chez les animaux de contrôle. Il est donc possible que le pigment rouge soit formé sous l'influence de l'intermédine aux dépens d'un prépigment. Chez le lapin, il a été constaté que l'intermédine est détruite avec une très grande rapidité.

L'intermédine ne possède aucune action sur la thyroïde ni sur le métabolisme de base ni sur le taux de l'iode du sang ni sur les organes sexuels.

On admet, en général, que les surrénales ont une influence déterminante sur le pigment. Ces expériences montrent cependant que l'hypophyse a une signification particulière. D'autre part, les états qui s'accompagnent d'hypoplasie génitale, de rétinite pigmentaire ainsi que de modifications de la pigmentation dans la gestation tendent à le montrer. Il faudrait donc admettre qu'à ce point de vue, les surrénales sont subordonnées à l'hypophyse.

P.-E. Morhardt.

Franz Kisch. ***Observations cliniques sur les réflexes circulatoires qui peuvent être déclanchés à partir de l'artère brachiale*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 31, 30 Juillet 1932). K. expose d'abord les recherches qui ont été faites par E. Schroeder, A. Hirschbruch, H. Klink, N. Ortner sur les réflexes vasculaires qui peuvent être déterminés par compression des vaisseaux, comme un abaissement de la pression sanguine est d'après Hering déclanché par la compression des sinus carotidiens.

K. a repris ces recherches en étudiant l'influence de la compression non seulement sur la pression du sang, mais encore sur l'électrocardiogramme chez 126 malades. Chez 78 d'entre eux, la compression exercée par la manchette de l'appareil n'a déterminé aucune modification de l'électrocardiogramme. Par contre, dans 48 cas (38 pour 100), il a été constaté des modifications. Sur ce nombre, il en était 24 qui présentaient des lésions du myocarde, 16 une hypertension, 8 des lésions valvulaires, 11 des troubles du rythme.

Les réflexes ainsi déclanchés par une compression de 15 secondes de durée et à peu près égale à la pression systolique se sont généralement manifestés par un abaissement de la pression du sang. Cet abaissement a été particulièrement marqué en cas d'hypertension. Parfois il y a eu ralentissement du rythme sinusal avec prolongation des phases atteignant jusqu'à 0,08 secondes. Dans quelques cas, il y a eu retard de la conduction et parfois même, en cas d'hétérotopie, on a pu constater la disparition de systoles auriculaires ou ventriculaires. Ces actions réflexes sont toujours passagères. Plus spécialement, le ralentissement du pouls n'a jamais duré autant que la compression exercée, soit 15 secondes.

Dans un cas, la pression a déterminé des extrasystoles ventriculaires.

P.-E. Morhardt.

N. von Jancso. ***Mécanisme d'action des médicaments chimiothérapiques dans les trypanoses*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 31, 30 Juillet 1932). — Actuellement, on admet assez généralement, et contrairement à ce que pensait Ehrlich, que les médicaments chimiothérapiques n'agissent pas directement sur les parasites. La résistance de certaines souches n'est pas dirigée contre le médicament, mais contre les forces de défense de l'organisme.

En procédant à des expériences *in vivo* avec des composés d'acridine ou de styrylchinoline, J. est arrivé à constater que ces médicaments agissent sur les trypanosomes et notamment sur le *Trypanosoma brucei* et le *Trypanosoma gambiense* en rendant ces parasites sensibles à la lumière. Cette sensibilité est appréciée en mesurant le temps d'exposition nécessaire pour immobiliser les flagellés.

Au cours de ces recherches, il a été montré que ces composés chimiques sont abondamment fixés par les trypanosomes. Quelques minutes après l'injection sous-cutanée de trypaflavine à des souris infectées par la nagana, on constate que les trypanosomes présentent une sensibilité élevée à la lumière et meurent en quelques secondes dans le microscope à fond noir. En étudiant diverses souches, il a été constaté que les trypanosomes résistants se comportent à cet égard tout autrement que les parasites sensibles au médicament. Il y a donc lieu d'admettre que la cause de l'action thérapeutique doit être précisément cherchée dans la pénétration du médicament à l'intérieur de l'organisme et que, inversement, la résistance provient de ce que le protoplasma du parasite devient impénétrable pour le médicament. En tous cas, le rapport qui existe entre les quantités de médicament fixées par ces diverses souches dépasse 1 : 30.

Ces considérations confirment, d'après J., d'une façon remarquable, la théorie de Ehrlich. Elles s'appliquent également aux arsenicaux.

D'un autre côté, dans les phénomènes d'interférence, quand, par exemple, on arrive à protéger les trypanosomes contre la trypaflavine par une injection préalable de parafuschine, il y a lieu d'admettre que les parasites ainsi protégés fixent beaucoup moins de trypaflavine que normalement.

P.-E. Morhardt.

Karl Singer. ***Achylie et anémie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 35, 27 Août 1932). — S. remarque qu'il existe des achylies sans modification du sang et des achylies accompagnées de chloranémie hypochromique ou d'anémie pernicieuse hyperchromique. Par contre, il existe des anémies pernicieuses avec une sécrétion gastrique normale au point de vue pepsine et acide chlorhydrique. Dans l'anémie hyperchromique, seul le principe de Castle se montre actif tandis que dans les chloranémies, ce principe est sans action et les fortes doses de fer agissent bien. D'autre part, il n'y a pas de parallélisme entre le degré de l'achlorhydrie et celui de l'anémie.

Par ailleurs, il existe des cas de chloranémie dans lesquels l'histamine ne réussit pas à faire apparaître de l'acide libre dans l'estomac. Au point de vue des fonctions gastriques, il n'y a donc pas de différences essentielles entre les deux groupes d'anémie. Etant donné que Castle a montré que dans le suc gastrique normal il apparaît une sorte de ferment qui libère le principe antipernicieux contenu dans une alimentation carnée, S. a voulu procéder à des recherches de thérapeutique clinique sur 2 femmes atteintes l'une d'anémie pernicieuse et l'autre de chloranémie typique. Chez la seconde de ces femmes, il a été prélevé, chaque jour, 80 à 100 cmc de suc gastrique qui furent mêlés à 250 gr. de chair musculaire pulpée. Le tout était placé à l'étuve pendant une heure, filtré sur la gaze puis administré à la femme atteinte d'anémie pernicieuse par le moyen de la sonde gastrique. Au bout de dix jours de traitement, une crise de réticulocytose typique est apparue avec 46 réticulocytes pour 1000. A partir de ce jour-là, on a passé au traitement par l'extrait de foie. Ainsi, dans un cas de chloranémie dont le suc gastrique reste complètement achylique même sous l'influence de l'histamine, le principe de Castle existe et se montre capable de guérir une anémie pernicieuse.

Ce n'est donc pas la présence d'acide chlorhydrique et de pepsine qui est déterminante au point de vue de l'étiologie de la maladie de Biermer. Par contre, le principe antipernicieux de Castle est inactif dans tous les cas d'anémie où l'organisme a conservé la propriété de fabriquer ce principe. Le traitement utilisé dans l'anémie pernicieuse représente donc une véritable thérapeutique de substitution.

S. ne veut d'ailleurs pas prétendre que l'absence du principe antipernicieux de Castle suffise pour faire apparaître l'anémie hyperchromique. En effet, après résection gastrique totale, il faut souvent des années pour qu'il survienne les symptômes de « l'anémie agastrique ». D'autre part, l'intervention de processus intestinaux est mise en évidence par l'existence de l'anémie à botriocéphale.

P.-E. Morhardt.

Fr. Stern. ***Alimentation et saisons. D'après les recherches sur les cobayes*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 35, 27 Août 1932). — Il a été procédé autrefois par Luithlen à des recherches sur les relations entre les modifications du régime et l'irritabilité de la peau qui a semblé alors être une fonction du rapport potassium-calcium, une alimentation verte augmentant le calcium et une alimentation d'avoine augmentant le potassium. Ces recherches ont été confirmées ultérieurement par Dörffel. Elles viennent d'être reprises par S. sur les cobayes dont la peau présente une composition stable en sels minéraux.

Les 21 animaux d'expérience ont été soumis d'abord à un régime d'aliments verts ainsi que de foin et de betteraves. Au bout de trois mois, on préleva un fragment de peau qui fut analysé et qui correspond aux valeurs d'été. A partir d'Octobre, on ne donna plus d'aliments verts, mais principalement de l'avoine et du foin ainsi que des navets et, au bout de trois mois, un fragment de peau fut de nouveau prélevé pour avoir les chiffres d'hiver. Les analyses ont montré les modifications suivantes. Sous l'influence du changement de régime, le résidu sec s'est élevé chez 12 animaux sur 15 qui ont vécu pendant toute la durée de l'observation; les chiffres ont passé de 30 à 34,6 pour 100. Le chlore de la peau a diminué de 641 à 553 milligr. pour 100 gr. Le potassium a diminué de 470 à 323. Le calcium a légèrement augmenté: 36,5 contre 35,2 et le rapport potassium-calcium a diminué.

Il est possible que ces modifications soient dues non seulement au changement de régime, mais aussi au changement de saison. On pourrait particulièrement songer à une diminution des fonctions de la thyroïde. C'est pourquoi des analyses analogues ont été pratiquées chez 5 lapins avant et six semaines après ablation de la thyroïde. On a constaté ainsi une modification des sels minéraux de la peau caractérisée d'abord par une augmentation du résidu sec, une augmentation du potassium et une diminution du calcium avec augmentation du rapport potassium-calcium. La thyroïdectomie a donc des effets diamétralement opposés à ceux de l'alimentation de l'hiver.

Dans tous les cas, les résultats de Luithlen et de Dörffel ne sont pas confirmés. Il y a d'ailleurs lieu d'admettre que la quantité totale des divers éléments minéraux de la peau ne permet pas de conclure à la proportion de groupements biologiquement actifs. Le mode de combinaison de ces éléments doit avoir, en effet, une signification capitale sur la réactivité de la peau.

P.-E. Morhardt.

Franz Bielschowsky. ***Clinique et pathologie de l'hypoglycémie spontanée*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 36, 3 Septembre 1932). — B. donne l'observation d'un premier sujet qui est tombé malade il y a six mois: ce malade éprouve une sensation de pesanteur dans la partie supérieure droite du ventre, sa peau se fonce ainsi que ses urines, il devient apathique en même temps qu'irritable et présente le matin, avant déjeuner, des accès de sueurs profuses et du tremblement. Après le premier repas, il se remet. A l'examen, on constate un foie extraordinairement augmenté de volume, dur et contenant nettement des nodules; il y a un peu d'ascite. Ce malade présente, le matin, de la désorientation avec toute la symptomatologie de l'hypoglycémie insulinique. On lui administre un litre de sérum glucosé mais la mort survient et on constate à l'autopsie un carcinome de l'estomac avec métastases hépatiques et forte réduction du tissu du foie ainsi qu'une compression légère du cholédoque. Le pancréas et l'hypophyse sont moyennement atrophiés. A l'examen histologique, on constate que le tissu hépatique est com-

plètement dépourvu de glycogène mais que le pancréas contient des îlots abondants et normaux.

Ainsi, cette hypoglycémie n'est pas d'origine endocrinienne ou pancréatique, mais d'origine hépatique. D'ailleurs, dans la littérature, on a décrit des cas d'insuffisance sévère du foie avec hypoglycémie (Cammedge, Nadler et Wolfer, etc.). Chez le malade de B. il a été constaté, en outre, un taux particulièrement bas des esters de la cholestérine et une élévation du taux de la bilirubine donnant une réaction indirecte. Ces symptômes témoignent d'une insuffisance hépatique nette. Cette insuffisance n'est cependant pas purement quantitative mais qualitative: la synthèse glycogénique n'existait plus, de sorte qu'une production normale d'insuline pouvait facilement, au cours de la matinée, provoquer une crise d'hypoglycémie.

Dans la seconde observation de B., il s'agit d'un malade atteint de diabète et d'hypertension. A l'autopsie, on constate une hypertrophie considérable des ventricules, plus spécialement du gauche, des reins scléreux, de l'artériosclérose, une cirrhose du pancréas et un adénome d'un îlot pancréatique de la grosseur de l'hypophyse. Ce malade n'avait jamais été traité par l'insuline et il est mort dans un coma hypoglycémique à début brusque, le sucre du sang passant rapidement de 409 à 133 milligr. pour 100 gr. bien qu'on ait administré 130 gr. d'avoine en même temps que 50 gr. d'insuline. A l'autopsie, on constate que le foie et les reins ne présentent pas de glycogène. Les cas d'hypoglycémie spontanée montrent bien la situation centrale du glycogène hépatique dans le métabolisme des hydrates de carbone. Si l'organisme n'a pas à sa disposition de glycogène hépatique, notamment quand le foie ne peut plus en synthétiser, il y a abaissement du sucre du sang si l'insuline est produite en même temps. C'est ce qui est constaté dans tous les cas de ce genre.

P.-E. Morhardt.

B. A. Houssay. ***Hypophyse et métabolisme des protéines et des hydrates de carbone*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 37, 10 Septembre 1932). — H. expose dans ce travail l'ensemble des recherches qui ont été poursuivies dans son laboratoire de Buenos-Aires sur les relations de l'hypophyse et du métabolisme.

Le métabolisme de base est, en général, diminué chez le chien et chez le rat hypophysectomisés, fait qui est à mettre en relations avec l'augmentation du métabolisme fréquemment observée en cas d'acromégalie. Il est possible, sans que le fait soit démontré, que l'hypophyse agisse ainsi par l'intermédiaire de la thyroïde. L'ablation de l'hypophyse montre également que cet organe a une influence considérable sur le métabolisme des protéines qui sont moins vite dépensées soit quand l'alimentation est normale, soit quand on soumet l'animal au jeûne. Dans le premier cas, 18 à 20 centigr. de N par kilogr. suffisent alors que chez un chien normal, 30 centigr. sont nécessaires. L'excrétion de créatinine diminue également chez les hypophysectomisés de 10 à 24 pour 100. La durée de la survie des chiens hypophysectomisés et dépancréatés est remarquablement longue. Elle atteint 6 mois. En somme, l'hypophyse paraît être un régulateur important du métabolisme interne.

En outre, on constate que la suppression de cet organe crée une tendance marquée à l'hypoglycémie et une grande sensibilité à l'égard de l'hypoglycémie insulinique ou post-adrénalinique. Inversement, chez les animaux hypophysectomisés, on arrive difficilement à augmenter le sucre du sang. En somme, le sucre paraît mieux utilisé par ces animaux car, en cas de diabète, cet aliment augmente le quotient respiratoire et diminue le rapport dextrose-azote.

P.-E. Morhardt.

P. Morawitz et **J. Schloss.** ***Albuminurie « extrarénale » et urémie*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 39, 24 Septembre 1932). — Parmi les albuminuries extra-rénales, M. et S. font d'abord figurer celles qui sont d'origine cérébrale et qui surviennent notamment à la suite d'hémorragie subarachnoïdienne. Selon eux, ce phénomène n'est pas rare, car sur 11 malades observés au cours de ces deux dernières années et ayant présenté des symptômes d'hémorragie méningée, il en est 4 chez lesquels on a constaté une albuminurie massive transitoire. Chez plusieurs des autres malades de ce groupe, il a d'ailleurs été constaté une albuminurie plus ou moins marquée. Les symptômes observés: albumine dans l'urine, céphalée, accès épileptiformes, augmentation de la pression sanguine, éveillent tout d'abord l'idée d'urémie par glomérulonéphrite. Mais il n'y a ni œdème ni hématurie et la glycosurie, qui n'est pas observée en cas d'affection rénale, est à peu près constante. Il semble à M. et S. qu'en pareil cas, il doit survenir un spasme des vaisseaux rénaux.

Dans 3 de ces cas, l'azote résiduel a été déterminé et a oscillé entre 27 et 38 milligr. pour 100 gr. Néanmoins, il existe des cas d'albuminurie où ce chiffre est anormalement élevé. Chez un homme de 45 ans, à pression élevée, on observe après un accès maniaque des convulsions épileptiformes, une albuminurie massive de l'urine et un azote résiduel du sang qui s'élève à 134 milligr. En quelques jours, en même temps que le malade redevient conscient, l'azote résiduel s'abaisse à 56 milligr. Un examen ultérieur montre qu'il n'y a pas d'affection rénale et que la pression du sang est labile: au début 200/125 et plus tard, sous l'influence d'une cure de pyrifer, 150/105.

En ce qui concerne l'augmentation de l'azote résiduel par hypochlorémie, M. et S. ne s'en occupent que depuis peu de temps. Ils donnent cependant une observation dans laquelle cette urémie par manque de sel est survenue au cours d'une pyélonéphrite et a été déterminée par l'élimination des œdèmes et des vomissements. Dans ce cas, l'appauvrissement en Cl est le phénomène primitif. On doit donc faire attention à tout ce qui peut créer des pertes de Cl (vomissements, élimination des œdèmes, ponction d'ascite, etc.). L'absence de troubles dans l'urine sous l'influence du nitrate d'argent doit être considérée comme démonstrative au moins quand il n'existe pas d'œdèmes importants.

Dans un troisième groupe, M. et S. font figurer la rétention d'azote résiduel par troubles cardiaques où la stase rénale ne peut pas être seule en cause. Des observations complémentaires sont nécessaires pour expliquer ces cas complexes.

P.-E. Morhardt.

Hermann Rein, Karl Liebermeister et **Dietrich Schneider.** ***Sinus carotidien en tant qu'unité fonctionnelle*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 39, 24 Septembre 1932). — Les nerfs des sinus carotidiens abaissent le tonus des vasomoteurs des vaisseaux de la glande thyroïde. La section de ces nerfs, sans modifier appréciablement la pression sanguine, diminue l'irrigation de la glande. Inversement, toute élévation brusque du sang dans le sinus carotidien détermine une vasodilatation importante de la thyroïde.

Un effet analogue peut être déclanché par l'excitation électrique des nerfs du sinus. En pareil cas, l'irrigation sanguine de la thyroïde peut atteindre le chiffre qui est observé, au repos, pour la carotide commune. Pendant cette excitation électrique, on observe une vasoconstriction dans le reste du domaine irrigué par la carotide commune. Il y aurait donc antagonisme entre les vaisseaux céphaliques et ceux de la thyroïde.

Les fibres vasoconstrictrices les plus importantes de la thyroïde passent par les deux chaînes sympathiques cervicales qui envoient chacune des fibres aux deux lobes. Mais l'action est plus nette du même côté. En dehors du réflexe qui va du sinus carotidien à la moelle allongée, au sympathique cervical et à la glande, il existe des relations nerveuses directes entre le sinus carotidien et la thyroïde.

Il ne semble pas que ces phénomènes soient en relation avec les fonctions endocriniennes de la glande. Par contre, il n'est pas impossible que la circulation cérébrale soit déchargée par la circulation thyroïdienne qui renvoie le sang vers le cœur. En tout cas, la thyroïde, avec ses plexus veineux inexplicablement abondants, réalise le court-circuit le plus bref après la circulation coronarienne. Il n'est pas vraisemblable que cette disposition soit sans intérêt. D'un autre côté, des troubles de cette irrigation surviennent dans le basedow de même qu'après l'ablation du goitre, faits qui ont certainement une signification clinique.

P.-E. Morhardt.

K. F. Wenckebach. ***Le mécanisme de la mort cardiaque subite dans le béribéri*** (*Klinische Wochenschrift*, tome XI, n° 39, 24 Septembre 1932). — W. décrit les altérations anatomo-pathologiques du cœur qu'on observe en cas de béribéri et qui peuvent être bien constatées quand on fixe le cœur, les gros vaisseaux et les poumons immédiatement après la mort. Le cœur devient, en effet, si mou dans cette maladie, que sa forme exacte ne peut pas être observée autrement. Ainsi fixé, on constate que sa partie droite est extraordinairement dilatée et que les oreillettes sont si minces que le sang paraît à travers. De même la dilatation du *conus arteriosus* droit est très remarquable.

Les malades qui présentent ces symptômes à l'autopsie ont présenté le syndrome que les Japonais appellent *Shôshin* et qui fait une impression extrêmement pénible: les malades gémissent et se plaignent surtout de la région du foie, manquent d'air, changent incessamment de côté pour trouver une bonne place et s'épuisent progressivement. Il doit se produire, au cours de ce syndrome, une arrivée considérable de sang au cœur.

En dehors de ces formes aiguës, on en observe une chronique caractérisée par une augmentation de volume du cœur, des souffles cardiaques et vasculaires renforcés par les mouvements, les pulsations, au niveau du thorax une augmentation très douloureuse du volume du foie, de la dyspnée et une augmentation de volume des mollets.

L'administration d'adrénaline aggrave les symptômes à la période aiguë. D'un autre côté, la pression veineuse qui a été mesurée par la méthode sanglante a été trouvée élevée (8 à 12 cm.); parfois même dans les crises sévères de *Shôshin*, jusqu'à 30 cm. En pareil cas, l'administration d'adrénaline fait apparaître des bruits vasculaires tandis que la pression diastolique diminue rapidement et que la pression veineuse s'élève davantage. Ces observations montrent qu'en somme dans le béribéri, les artères se vident extraordinairement vite dans les capillaires.

Avec une hormone du lobe postérieur de l'hypophyse (pitressine) on obtient des résultats très remarquables. Dans un cas assez grave, on a pu ainsi faire disparaître les bruits vasculaires et remonter la pression diastolique, cesser les palpitations et rendre les respirations plus faciles.

Ces phénomènes amènent à penser que deux facteurs interviennent: d'abord une dégénérescence du muscle cardiaque qui diminue le tonus et le pouvoir de raccourcissement des fibres, rendant ainsi le cœur incapable de faire progresser la masse de sang qui lui arrive. En outre, il y a une dilatation des vaisseaux périphériques avec accélération du courant sanguin périphérique, augmentation de la pression dans les veines centrales ainsi que du

volume du foie. Ces deux facteurs interviennent déjà d'une façon précoce chez ces malades et expliquent les effets néfastes du travail.

P.-E. Morhardt.

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT (Leipzig)

Lapyschev. ***Les chancres syphilitiques endo-urétraux de l'homme*** (*Dermatologische Wochenschrift*, t. XCV, n° 39, 24 Septembre 1932). — Sur 463 syphilis primaires, L. a observé 2 chancres endo-urétraux. Le diagnostic d'un tel chancre est d'autant plus difficile qu'il siège plus loin dans le canal; il est ordinairement indolent; il s'accompagne souvent d'un écoulement qui est pris pour une blennorragie.

Quand le chancre siège à l'entrée du canal, on peut apercevoir l'érosion, la gratter et l'examen de la sécrétion à l'ultra-microscope montre la présence de tréponèmes.

Quand le chancre siège plus loin dans le canal, la palpation de l'urètre peut montrer une induration en un point; l'état des ganglions est un gros élément du diagnostic: il faut toujours palper les ganglions inguino-cruraux qui sont toujours engorgés dans le chancre urétral.

Les examens de laboratoire sont parfois malaisés; dans certains cas, l'examen de la sécrétion urétrale permet de trouver le tréponème; dans les cas négatifs on pourra ponctionner les ganglions ou rechercher les spirochètes dans l'urine centrifugée.

L'urétroscopie pourrait donner des renseignements; mais il vaut mieux s'en abstenir, car elle est douloureuse et pourrait irriter les lésions.

Il semble que la brièveté du prépuce favorise la localisation urétrale des chancres syphilitiques.

R. Burnier.

ENDOKRINOLOGIE (Leipzig)

Karl Csépai. ***Thérapeutique par l'iode et les rayons Rœntgen de la maladie de Basedow*** (*Endokrinologie*, tome XI, n° 4, Octobre 1932). — Après avoir critiqué les méthodes de physiothérapie, de climatothérapie, d'organothérapie ou de diététique qui sont employées contre la maladie de Basedow, C. montre que les méthodes chirurgicales donnent une mortalité élevée et qu'il importe, par conséquent, de chercher à améliorer les autres procédés.

En ce qui concerne la thérapeutique par l'iode inaugurée par Neisser, elle donne des résultats remarquables mais passagers. Après avoir déterminé une stase de la colloïde de la glande, ce médicament entraîne une évacuation de cette colloïde vers l'organisme avec aggravation secondaire des symptômes. Avec la thérapeutique par les rayons Rœntgen, c'est le contraire qu'on observe. Au début, l'irradiation détruit des cellules et libère l'hormone, ce qui explique que quand les doses ont été trop élevées, il survient une aggravation primitve. Ultérieurement, la réduction de la glande entraîne une amélioration.

C. a donc eu l'idée d'associer les deux méthodes de telle sorte que leurs effets favorables se succèdent sans interruption. Pour cela, il commence par étudier le malade pendant trois ou quatre jours au point de vue du pouls, du métabolisme de base et de la sensibilité à l'adrénaline. Les goitres nodulaires sont envoyés au chirurgien. Chez les autres malades, on commence par donner III gouttes par jour d'une solution iodurée à 5 pour 1000 en augmentant d'une goutte chaque jour. Quand on arrive à X ou XV gouttes, on constate, en général, une amélioration et on applique alors les rayons Rœntgen pendant deux jours consécutifs sur deux champs à la dose d'environ 220 R. Quelques jours plus tard, on réduit la quantité d'iode progressivement jusqu'à III gouttes en donnant un régime pauvre en viande. Cette cure est répétée en général 6 fois au cours d'une année.

Parmi les malades ainsi traités, C. en mentionne d'abord 8 dont la plupart se sont beaucoup améliorés au bout de trois à six mois de traitement; 3 d'entre eux ont été revus et sont actuellement bien portants.

Depuis cette série déjà ancienne, C. a eu l'occasion de traiter 33 cas au cours de ces deux dernières années. En général, le poids a beaucoup augmenté et le métabolisme de base est revenu à la normale en même temps que le goitre diminuait de volume ou disparaissait. Cette méthode a donné au total 60 pour 100 de guérisons, le reste des cas bénéficiant d'une amélioration frappante. Par contre, il n'a pas été observé de malades chez lesquels la maladie s'est aggravée après le traitement.

P.-E. Morhardt.

FORTSCHRITTE AUF DEM GEBIETE DER RŒNTGENSTRAHLEN (Leipzig)

R. Pape. ***Sur un trajet anormal (en position droite profonde) de l'aorte descendante atteinte de méso-aortite*** (*Fortsch. auf dem Geb. der Rœntgenstr.*, t. XLVI, n° 3, Septembre 1932). — En dehors des causes extrinsèques, 3 processus sont susceptibles de provoquer des déviations du trajet aortique: 1° des anomalies de développement; 2° l'allongement du vaisseau sans anévrysme; 3° un processus anévrysmal.

P. rapporte trois cas de méso-aortite dans lesquels l'aorte descendante, au niveau de son tiers moyen, passe derrière le cœur et l'œsophage, croisant la colonne vertébrale de gauche à droite (1° Homme de 59 ans, spécifique, chez lequel fut porté le diagnostic de méso-aortite spécifique. 2° Femme de 61 ans. 3° Homme de 56 ans). Ces cas s'accompagnaient de compression de l'œsophage, celle-ci en sens opposé à ce qu'elle est quand elle est consécutive à une anomalie de trajet de l'artère sous-clavière droite.

La compression œsophagienne, surtout accusée quand l'aorte croise transversalement le rachis ou en cas de dilatation ectasique de l'aorte, peut provoquer une gêne à la déglutition et même des vomissements; elle était telle, dans un cas, qu'elle avait provoqué la formation d'un aspect « en cascade » de l'œsophage.

On peut distinguer trois portions à ce trajet: une supérieure, sinueuse, en arc, une moyenne, en diagonale ou transversale, une inférieure, droite.

Les cas rapportés par P. présentent des degrés variables de cette anomalie allant d'un simple aspect en S à un aspect d'ectasie prononcée.

Quant à l'origine de cette anomalie on peut la rapporter à un allongement de l'aorte et à une dilatation anormale de ses parois.

Les signes radiologiques caractéristiques sont au nombre de trois: 1° l'existence anormale d'une ombre en arc rétro-cardiaque droite; 2° la disparition brusque de l'ombre de l'aorte descendante à gauche du rachis; 3° l'existence d'une opacité en anneau (résultant de la projection de la portion transversale) en position oblique droite.

L'opacification de l'œsophage permet de bien mettre en évidence ces signes radiologiques alors que l'œsophage lui-même prend une forme en S et présente une double image de compression.

Morel Kahn.

MITTEILUNGEN AUS DEN GRENZGEBIETEN DER MEDIZIN und CHIRURGIE (Iéna)

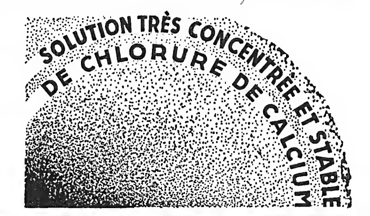
Erich Bumm. ***Administration parentérale de fortes doses de chlorure de calcium comme thérapeutique de la phlébite*** (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, t. XLIII, n° 1, 3 Octobre 1932). — Le traitement de la thrombophlébite et plus spécialement de la phlébite chronique hyperplastique par le calcium a commencé à la clinique de Bier, il y a déjà trois ans, et a été appliqué dans 400 cas. Ces thrombophlébites chroniques se subdivisent en deux groupes: l'un subaigu chronique et l'autre chronique et récidivant avec processus aigus greffés sur une affection chronique.

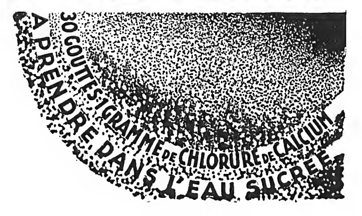
La technique du traitement consiste à administrer des doses de calcium aussi fortes que possible. On utilise pour cela une solution à 10 pour 100 dont il est injecté 10 cmc quotidiennement pendant cinq ou six jours, puis, ultérieurement, tous les deux jours. En général, à partir de la seconde ou de la troisième injection, on constate la disparition de la douleur et de la sensation de pesanteur dans les jambes. Il est administré en même temps du calcium par la bouche notamment sous forme de calcium « resobtat ».

B. met très expressément en garde contre les enveloppements humides. Les parties enflammées sont badigeonnées avec un mélange d'huile et d'oxyde de zinc liquide, puis recouvertes avec un pansement lâche. Dans la plupart des cas, le traitement a été ambulatoire. Généralement il provoque une sensation de chaleur qui débute d'abord dans la bouche puis se manifeste dans le cuir chevelu, dans la gorge et enfin dans les extrémités. Au début, cette sensation de chaleur n'est pas éprouvée par le membre malade. Mais, au fur et à mesure que la guérison avance, la sensation de chaleur gagne progressivement la région atteinte. Cette méthode ne crée pas de tendance aux embolies.

Les résultats se manifestent par une résorption progressive de l'inflammation périphlébitique. Cependant, quand les thromboses ont pris des dimensions excessives, il est préférable de procéder à leur ablation chirurgicale pour ne pas prolonger le traitement indéfiniment. Mais c'est surtout pour couper les poussées inflammatoires aiguës que cette thérapeutique s'affirme en permettant de raccourcir considérablement le traitement. Ces formes doivent cependant être exclusivement traitées à l'hôpital.

Une révision des malades traités présentant des formes récidivantes a montré que 80 pour 100 d'entre eux n'avaient pas eu de rechute depuis la cure. En ce qui concerne l'ulcère variqueux, les résultats obtenus en ajoutant au traitement local par le naphtalan de fortes doses de $CaCl^2$ ont été très favorables. B. cherche ensuite à expliquer le mode d'action du calcium et pense que ce traitement déclanche une action de choc sur l'état de répartition de la chaux dans l'organisme, état qui se trouve ainsi rendu plus normal. De plus, le calcium a une action anti-inflammatoire et favoriserait les fonctions phagocytaires des leucocytes. D'autre part, chez ses malades, B. a constaté une proportion assez faible de calcium dans le sang (8,1 milligr. pour 100 gr.), ce qui tend à faire croire que dans ces cas, il y avait une tendance spéciale à la thrombose. Par ailleurs, il y a lieu de considérer que, d'après Wiedowski, une tendance à l'acidose ralentit la coagulation du sang et qu'un excès de chaux a des effets analogues. Enfin le calcium aurait un pouvoir de dessiccation et de désimbibition des tissus. Il provoquerait en somme une modification des échanges aqueux.


SOLUTION TRÈS CONCENTRÉE ET STABLE
DE CHLORURE DE CALCIUM


30 GOUTTES = 1 GRAMME DE CHLORURE DE CALCIUM
A PRENDRE DANS L'EAU SUCRÉE

C'est ce qui a amené B. à procéder à des recherches sur les effets du calcium en cas d'éléphantiasis simple comme il s'en observe par exemple après amputation du sein pour cancer ou après thrombose sévère. Les résultats paraissent avoir été également favorables. Il semble admissible à B. que les considérations développées dans ce travail amènent à utiliser le calcium comme prophylactique des thromboses et des embolies post-opératoires. Il note cependant que la réduction de sel dans le régime avant et longtemps après l'intervention contribue à donner la prépondérance à l'ion calcium et à réaliser, par conséquent, une action antiphlogistique.

P.-E. Morhardt.

Hermann Weyrich. ***Maladies septiques et plus spécialement septicémie streptococcique*** (*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, tome XLIII, n° 1, 3 Octobre 1932). — Cet important travail de la clinique de Kissling complète deux autres travaux consacrés l'un à la septicéme post-angineuse (Kissling) et l'autre à la septicémie staphylococcique (Felsenthal). Au point de vue définition, W. adopte celle de Schottmüller qui met en évidence l'importance du foyer septique d'où migrent dans le courant sanguin, d'une façon continue ou périodique, des bactéries qui provoquent des phénomènes pathologiques subjectifs et objectifs. Sur l'ensemble de 186 cas de septicémie observés dans cette clinique par ces auteurs au cours des dix dernières années, il y en a eu 40 pour 100 qui relevaient du streptocoque et 37,2 pour 100 qui relevaient du staphylocoque alors qu'en général, les streptocoques sont beaucoup plus fréquemment observés.

Comme porte d'entrée, W. étudie notamment les muqueuses et plus spécialement les muqueuses de l'appareil génital de la femme, dans lequel on n'observe parfois que des lésions locales dues à des staphylocoques qui favorisent une septicémie streptococcique. Des infections mixtes comme celle du *Streptococcus putrificus* ou des bâtonnets gram-négatifs et anaérobies ont un pronostic particulièrement sombre.

Le foyer septique a été constitué par une endocardite dans 36 cas (dont 27 cas d'endocardite lente), soit une proportion de 66 pour 100. La thrombophlébite a été en cause dans 6 cas et le siège du foyer infectieux a été douteux dans 3 cas.

Après avoir décrit le cours clinique de la septicémie à streptocoques, W. parle de la septicémie à pneumocoques (10 cas = 5,4 pour 100) et plus spécialement de celle qui survient au cours de la pneumonie franche et enfin la septicémie à coli (6 cas) dans laquelle une diminution générale de la résistance paraît jouer un rôle plus important que dans les autres septicémies. Alors le foyer infectieux doit être cherché dans les voies urinaires, dans l'endocarde, dans le tractus digestif et dans l'endomètre. Il a été observé en outre 5 cas de septicémie à anaérobies.

Au point de vue pronostic, W. fait remarquer que la localisation du foyer septique joue un rôle très important par sa situation. Si ce foyer ne peut être éliminé comme quand il s'agit de foyer endocarditique ou thrombophlébitique, la guérison est exceptionnelle. Ainsi, celle d'endocardite septique n'a été observée que quand les gonocoques étaient en cause. Pour des raisons précisément inverses, les processus thrombo-phlébitiques, provenant de l'oreille moyenne ne donnent une mortalité que de 16 à 20 pour 100. Cependant, dans les 5 cas de W., il n'y a eu que 2 guérisons dues à l'intervention. La nature du germe joue un rôle. Ainsi le *Streptococcus viridans* a donné 100 pour 100 de mortalité, le *Streptococcus putrificus* 71,4 pour 100. Le pneumocoque a donné lui aussi 100 pour 100 de mortalité et le colibacille 85,5. Les anaérobies en culture pure, non compris les streptocoques anaérobies, ont donné une mortalité de 58,4 pour 100. Au total, sur 186 cas, la mortalité a atteint 152 sujets, soit un pourcentage de 81,9.

Au point de vue du traitement, W. remarque que dans l'endocardite lente, la thérapeutique spécifique comme la thérapeutique non spécifique ont eu des résultats entièrement négatifs. Il a été essayé dans ces cas des irradiations aux rayons de Rœntgen après injection d'urosélectan pour provoquer une irritation secondaire du foyer. Dans la septicémie à pneumocoques, les dérivés de la quinine comme l'optochine n'ont pas eu de résultats satisfaisants. Cependant, d'une manière générale, les procédés chimiothérapiques et plus spécialement l'électrocollargol ont pu faire diminuer le nombre des germes dans le sang. Il en a été de même dans un cas avec le néosalvarsan. Ce médicament a d'ailleurs été injecté à plusieurs reprises en moyenne à la dose de 2 à 3 gr. et, dans un cas de septicémie à staphylocoques, à la dose totale de 15 gr. Il semblerait que dans 2 cas de septicémie à staphylocoques, ce traitement ait favorisé la guérison. La sérothérapie n'a pas eu de résultats pas plus que la vaccination. Le traitement non spécifique par le lait ou les dérivés du lait, par le yatrène, etc., a été sans résultat. Dans 2 cas on a eu recours à la cautérisation du tissu cellulaire sous-cutané selon la méthode de Bier sans que l'état du malade s'en soit trouvé modifié. Au total, la mortalité des malades traités médicalement s'est élevée à 94,3 pour 100. Dans tous les cas d'ailleurs, on a veillé principalement à relever les forces du cœur et à combattre les douleurs ainsi que les états d'excitation.

Dans 72 cas, où on est intervenu opératoirement, le nombre des guérisons s'est élevé à 37,6 pour 100. Parmi les thérapeutiques utilisées figure la ligature des veines et notamment de la jugulaire au sujet de laquelle W. fait remarquer qu'elle a donné dans des cas particulièrement sévères une proportion de 50 pour 100 de guérisons.

P.-E. Morhardt.

REVISTA DE RADIOLOGIA CLINICA
(Porto Alegre)

P. A. Osorio. ***Aortographie abdominale*** (*Revista de Radiologia Clinica*, t. 1, n° 5, Juin 1932). — L'aortographie abdominale constitue un procédé d'examen encore récent puisqu'il a été pratiqué pour la première fois au Portugal en 1925 par R. Santos, A. Lamas et J. P. Caldas.

L'auteur, au début de 1931, avait pratiqué environ 100 aortographies sans incidents.

L'aortographie consiste en une injection de solution opaque dans l'aorte abdominale après ponction de ce vaisseau et O., après avoir essayé des solutions d'iodure de sodium, utilise maintenant, sur le vivant, 30 cmc *d'abrodil* à 90 pour 100 et considère également que l'urosélectan B constitue un agent de contraste particulièrement intéressant. Il a toujours recours, en vue de cette intervention, à l'*anesthésie splanchnique* et à la *stéréo-radiographie*.

Afin de bien pratiquer ce procédé il est indispensable de l'étudier sur le cadavre et O. a employé dans ces cas le lipiodol. Il pratique, de façon à obtenir une opacification nette, une aortographie haute, injectant les artères comprises entre l'origine de l'aorte abdominale et les artères iliaques et une aortographie basse pour les artères iliaques et leurs branches.

O. considérant comme insuffisants les repères anatomo-radiographiques et séméiologiques de l'abdomen a conçu une division reposant, tant sur des points anatomiques donnés, que sur des plans imaginaires et des régions topographiques permettant au chirurgien de localiser exactement le siège et l'extension des lésions (régions sus-hépatique, sus-splénique, hépato-rénale, spléno-rénale, sous-rénales droite et gauche, para-iliaques primitives et externes droites et gauches, interiliaques médianes supérieure et inférieure définies par les résultats de l'aortographie.

O. consacre un important chapitre à l'étude de *la technique de ce procédé* (ponction pratiquée avec une aiguille à 12 cm. à gauche de la ligne des apophyses épineuses, juste en dessous de la 12e côte, c'est-à-dire au niveau de DXII ou LI), à l'appareillage nécessaire (artériographe Wallau-Osorio construit sur les données essentielles de l'appareil original de R. Santos-Gentile) qui, sous une pression de trois atmosphères, permet d'injecter la quantité nécessaire de substance opaque en six secondes, et à la *technique radiographique* (décubitus ventral, Potter-Bucky, cliché dès le début de l'injection aortique pris avant la fin de cette injection que l'on pratiquera par exemple en deux temps en utilisant, en tout, 30 cmc d'abrodil: 1° injection de 15 cmc en trois secondes et prise du premier cliché; un instant d'arrêt, puis 2° injection de 15 cmc dans le même temps et prise du second cliché).

Les principales indications de l'aortographie ont été données par les promoteurs de la méthode: diagnostic des anévrysmes des vaisseaux abdominaux, des obstructions vasculaires, des anomalies de la circulation (par exemple dans les hydronéphroses), de la circulation de chacun des deux reins; diagnostic des tumeurs rénales et de l'hypochondre gauche (tant au point de vue du siège que de la nature), des métastases méconnues.

Il s'agit là d'une méthode qui a déjà fait ses preuves pratiques.

Morel Kahn.

EL SIGLO MEDICO
(Madrid)

V. Lambea. ***La phrénicectomie dans le traitement actuel des affections broncho-pulmonaires*** (*El Siglo Medico*, tome XC, n° 4110, 17 Septembre 1932). — L. rapporte les résultats favorables de 300 cas opérés par lui. Il estime que la phrénicectomie, mieux que le pneumothorax artificiel, constitue la thérapeutique de l'avenir.

Les complications opératoires les moins rares sont: les syndromes récurrentiels, les syndromes oculo-sympathiques, les hémoptysies ou les granulies par effraction ou ensemencement d'un vaisseau.

La phrénicectomie est indiquée dans les lésions unilatérales, si le pneumothorax apparaît impraticable; et, formellement, quand se dessine une menace de caséification. Elle produit des effets heureux dans certaines bronchectasies et certains kystes hydatiques pulmonaires, et aussi comme opération préalable à la thoracoplastie.

Phrénicectomies droite et gauche jouissent d'une efficacité égale. Leur action est parfois bilatérale. Quant à la phrénicectomie double, elle compte des défenseurs.

G. d'Heucqueville.

THE JOURNAL of the AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION
(Chicago)

W. Butsch. ***Cirrhose du foie causée par le tétrachlorure de carbone*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 9, 27 Août 1932). — L'intoxication expérimentale par le tétrachlorure de carbone détermine chez l'animal une cirrhose hépatique. Cliniquement, les cas d'intoxication professionnelle par le tétrachlorure commencent à se multiplier, mais aucun cas de cirrhose hépatique n'avait été observé jusqu'ici.

B. rapporte une observation indiscutable de cirrhose du foie avec ascite et circulation collatérale survenue chez un ouvrier téléphoniste: l'évolution en fut d'ailleurs bénigne, les symptômes s'atténuèrent assez rapidement lorsque l'intoxication chronique cessa.

Un fait intéressant chez ce malade fut la constatation d'une lipémie considérable: or, la lipémie est un symptôme constant de l'intoxication expérimentale par le tétrachlorure de carbone.

R. Rivoire.

W. Anderson et **R. Ware.** ***L'anémie à hématies falciformes*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 11, 10 Septembre 1932). — L'anémie à hématies falciformes est une variété très curieuse d'anémie, caractérisée par l'apparition dans le sang d'hématies en faucilles, et s'observant de façon presque exclusive dans la race nègre. Elle survient en général dans l'adolescence et a un caractère familial indiscutable. Fait curieux, l'existence dans le sang des hématies falciformes coïncide assez fréquemment avec un chiffre normal d'hématies, et l'anémie ne s'observe que dans un cas sur dix en moyenne. Cette anémie s'accompagne en général d'un certain degré de splénomégalie: à l'examen histologique, la rate offre un aspect caractéristique, avec des corpuscules paraissant flotter dans une mare de sang.

Le pronostic de cette variété d'anémie est très sombre. L'hépatothérapie et la splénectomie donnent dans certains cas une amélioration passagère, mais à la longue aucune thérapeutique n'agit plus; au bout de quelques années l'évolution se termine au cours d'une infection intercurrente.

R. Rivoire.

F. Coller et **W. Maddock.** ***La déshydratation au cours des interventions chirurgicales*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 11, 10 Septembre 1932). — C. et M. ont entrepris une étude approfondie de l'élimination aqueuse chez les opérés, pendant l'opération et dans les quatre premières heures après l'intervention. La perte d'eau pendant l'opération est évidemment très variable suivant l'abondance de l'hémorragie et des vomissements: mais il existe en outre de façon constante une déshydratation considérable par la sueur et la respiration, atteignant parfois près d'un litre. Cette déshydratation se continue sur le même rythme dans les heures qui suivent l'intervention, atteignant 2 litres pour les premières vingt-quatre heures. Cette déshydratation est fortement ralentie lorsque les vêtements de l'opéré sont plus légers que ceux habituellement utilisés après une anesthésie générale. La réhydratation doit donc être une routine dans les heures qui suivent une opération.

R. Rivoire.

J. Pierson. ***Les pneumonies par aspiration d'huiles*** (*The Journal of the American medical association*, t. XCIX, n° 14, 1er Octobre 1932). — L'administration de corps gras par les voies aériennes n'est pas, contrairement à ce que l'on croit d'ordinaire, une pratique absolument inoffensive, particulièrement chez l'enfant.

L'étude histologique des poumons d'animaux ayant absorbé de l'huile par la trachée montre une réaction diffuse et intense, que l'on retrouve assez fréquemment à l'autopsie d'enfants morts de pneumonie à la suite d'administration d'huile par les voies aériennes. La pneumonie succédant à l'absorption de corps gras par la trachée n'est pas exceptionnelle, en effet, et sa fréquence serait probablement encore plus grande si l'autopsie des enfants morts de pneumonie était faite systématiquement: on sait, en effet, que l'usage des antiseptiques huileux est extrêmement répandu, l'huile goménolée en particulier étant souvent administrée aux enfants à l'occasion de la moindre infection des voies aériennes hautes.

R. Rivoire.

THE BRITISH MEDICAL JOURNAL (Londres)

Bidder. ***Vieillissement*** (*British medical journal*, n° 3742, 24 Septembre 1932). — L'exemple des animaux et plus spécialement des poissons indique que la vieillesse viendrait du développement des organes génitaux et de la reproduction. Dans certaines familles de poissons, on a calculé que 35 pour 100 du volume du corps des parents disparaissaient après la ponte. Cependant, les poissons s'accroissent davantage que les animaux terrestres en raison de cette loi de Galilée: vivant dans l'élément liquide les poissons ont une masse musculaire qui pourrait s'accroître presque indéfiniment, car elle n'a pas à lutter contre la résistance et contre le poids. Chez les mammifères, la vieillesse vient quand la taille spécifique est atteinte et surtout quand l'avenir de l'espèce est assuré. Chez l'homme la vieillesse commencerait à la quarantaine. En effet, l'homme primitif qui a un fils de 18 ans peut disparaître car son fils, à son tour, peut avoir un enfant, l'espèce n'a plus besoin de lui. Il est probable même, dit B., qu'il n'y aurait jamais eu l'homme de 60 ans si le langage et l'expérience n'avaient pas atteint une telle importance dans la sauvegarde de la race.

André Plichet.

Wiesner. ***Etude expérimentale de la sénilité*** (*British medical journal*, n° 3742, 24 Septembre 1932). — Sur 3.000 rats provenant d'un même couple et placés dans des conditions de vie, d'habitat aussi parfaites que possible, W. a étudié le vieillissement de ces animaux. Au bout de deux ans, certains rats, sans présenter les signes externes de la vieillesse, meurent et l'examen *post mortem* ne donne pas l'explication de cette mort.

Chez d'autres animaux, au contraire, les signes de vieillesse sont manifestes: l'animal paraît endormi, il est incertain dans ses mouvements, les réflexes de posture sont lents, l'activité est réduite, la respiration est irrégulière, les yeux sont pâles, le poil est rare et non luisant.

Ces changements qui constituent une atrophie graduelle de l'organisme se montrent entre le vingt-deuxième et le trentième mois. L'animal continue à vivre deux ou trois mois. Quinze jours avant sa mort, il refuse la nourriture, mais boit encore. Dans les deux cas, on peut s'apercevoir de la sénilité par la perte de poids. Il semble que les femelles vieillissent plus tôt que les mâles.

Les auteurs qui se sont occupés de cette question ont toujours pensé que le vieillissement était en rapport avec les fonctions génitales. D'après W., il n'en est rien. Les testicules d'animaux non séniles peuvent ne pas contenir de spermatozoïdes et avoir cessé leur fonction endocrine. D'autre part, on peut trouver une fonction correcte des testicules et des vésicules séminales chez des animaux séniles. L'injection d'hormone telle que le prolan, le lobe antérieur de l'hypophyse n'empêche pas la vieillesse de se produire. Mais dans quelques cas au moins, on a pu voir se produire une réactivation des fonctions génitales.

Par contre, l'injection de facteurs de croissance extraits du lobe antérieur semble faire augmenter la taille des rats séniles et prolonger leur vie. Mais il faut d'autres expériences pour confirmer ces faits.

André Plichet.

Levy Simpson. ***La maladie d'Addison et son traitement par l'extrait cortical*** (*British medical journal*, n° 3743, 1er Octobre 1932). — De 4 cas de maladie d'Addison qu'il a observés, L. tire les conclusions suivantes: les injections d'extrait cortical peuvent être comparées aux injections d'insuline dans le diabète sucré. Elles peuvent être faites sous-cutanées, intramusculaires avec un peu de novocaïne, intraveineuses. L'injection intraveineuse peut donner lieu à des réactions protéiniques. Une urée sanguine élevée indique une insuffisance surrénale sévère, de même qu'une glycémie au-dessous de 0,60. Un taux élevé de phosphates et de calcium dans le sang est l'indice d'une maladie sérieuse de même qu'un taux élevé de créatine dans les urines.

Il faut commencer à injecter de grandes quantités d'extrait surrénal, au moins 0 gr. 50 en injection intraveineuse. Quand il y a une infection surajoutée, il est nécessaire d'augmenter la dose. La déshydratation et l'oligurie sont des facteurs importants dans cette maladie, il faut y remédier par de larges doses de sérums glucosé et salé.

Sous l'action de l'extrait cortical, on voit disparaître petit à petit les différents symptômes de la maladie d'Addison y compris la pigmentation. Le taux de la glycémie, qui est toujours bas, peut remonter; il en est de même de la pression artérielle, de la température et du métabolisme basal. On constate également une amélioration de l'aménorrhée, de l'impuissance et de la frigidité.

Mais l'extrait cortical est encore trop cher pour qu'on puisse l'employer dans les manifestations minimes de l'insuffisance surrénale.

André Plichet.

IL POLICLINICO (Rome)

F. Corona. ***La nécrose adrénalinique*** (*Il Policlinico*) [*sez. pratica*], tome XXXIX, n° 30, 25 Juillet 1932). — A propos d'un cas d'escarre survenu chez un malade à la suite de l'injection sous-cutanée de 250 cmc d'une solution de glucose à 45 pour 1000 avec un milligramme d'adrénaline, C. a repris l'étude expérimentale des désordres locaux causés par l'adrénaline. Son action vaso-constrictive, qui est intense et durable, s'observe facilement par la biomicroscopie, après injection sous-conjonctivale. Après injection intra-dermique, il se produit trois zones autour du point de piqûre, une tache bleue centrale, un cercle blanc ischémique, un cercle rouge hyperhémique; des examens histologiques faits chez le lapin ont montré à C. que la tache bleue répondait à de la stase veineuse: à ce niveau, les petits vaisseaux artériels sont rétractés et vides, les veinules au contraire sont gorgées de sang et le tissu interstitiel est envahi en certains points par de l'œdème.

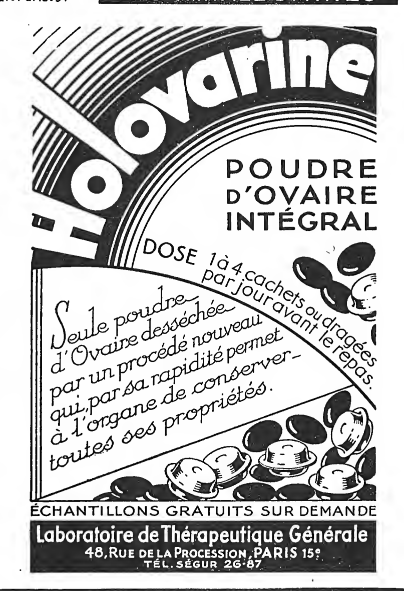
La distension de la peau par l'injection sous-cutanée d'une trop grande quantité de liquide peut suffire à produire la gangrène; la présence d'adrénaline facilite son apparition; l'association glucose-adrénaline paraît la plus dangereuse de toutes et il semble que l'adrénaline injectée dans le derme provoque des réactions plus vives lorsqu'elle est en solution glucosée que lorsqu'elle est en solution salée. Les accidents s'observent même avec des solutions aseptiques, mais l'adrénaline est difficile à stériliser parfaitement et le glucose en solution isotonique peut fermenter après chauffage pendant vingt minutes à 105°.

On doit donc abandonner les solutions glucosées adrénalinées pour les injections sous-cutanées; avec les solutions salines telles que le Ringer, la dose d'adrénaline ne doit pas dépasser un quart ou un demi-milligramme et des applications chaudes locales doivent être faites aussitôt après l'injection.

L. Rouquès.



les ceintures "SULVA"
sont les seules qui contribuent au succès de la thérapeutique générale des PTOSES VISCÉRALES
BIEN-ÊTRE ESTHÉTIQUE
CONFORT
EFFICACITÉ
SIMPLICITÉ
réduction obtenue par l'adaptation du nouveau modèle de pelote pneumatique à expansion progressive.
BI SULVA
ne comprime pas le côlon n'atrophie pas les muscles
DRÉVILLE
BERNARDON. 18 Rue de la Pépinière - PARIS (8e)
Catalogue et littérature franco sur demande



Holovarine
POUDRE D'OVAIRE INTÉGRAL
DOSE 1 à 4 cachets ou dragées par jour avant le repas.
Seule poudre d'Ovaire desséchée par un procédé nouveau qui, par sa rapidité permet à l'organe de conserver toutes ses propriétés.
ÉCHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE
Laboratoire de Thérapeutique Générale
48, RUE DE LA PROCESSION, PARIS 15e
TÉL. SÉGUR 26-87

MINERVA MEDICA
(Turin)

C. Cipriani et **A. Robecchi.** ***L'hypochlorémie dans l'insuffisance rénale*** (*Minerva Medica*, XXIIIe année, tome II, n° 27, 7 Juillet 1932). — Chez les malades ayant de l'insuffisance rénale et de l'hyperazotémie, on observe dans une première phase l'augmentation de la chlorémie et de la chlorurémie qui s'explique par l'insuffisance de la dépuration rénale; dans une deuxième phase, lorsque apparaissent les signes de l'urémie confirmée et avant tout les vomissements, on note très souvent la baisse de la chlorémie; si l'on n'introduit pas de sel par voie parentérale, cette baisse s'accentue lorsque les vomissements deviennent plus abondants et que l'azotémie augmente. L'élimination des chlorures par les urines est faible, mais non supprimée; une petite quantité de chlore s'élimine aussi par les matières fécales et par les vomissements; l'établissement du bilan montre une perte réelle de chlore par l'organisme, si bien que l'hypochlorémie ne relève pas du seul déplacement du chlore plasmatique vers les tissus ou les hématies. Dans l'acidose urémique, le rapport chlore globulaire: chlore plasmatique augmente, mais d'une manière inconstante, et le chlore du liquide d'œdème, qui varie comme celui du sang, est en général abaissé. Dans quelques cas où les vomissements sont particulièrement abondants, l'hypochlorémie entraîne une diminution de l'acidose si bien que la réserve alcaline peut revenir à une valeur normale; dans la règle, cette éventualité ne se produit pas, car l'acidose ne dépend pas seulement de la perte de chlore par les vomissements.

L'hypochlorémie urémique doit être attribuée à un trouble profond de tous les mécanismes régulateurs des échanges hydriques, minéraux et azotés; d'une part, les tissus anormalement chargés par les produits des échanges ont perdu leurs fonctions de dépôt et de régulation et les reins ont perdu leur pouvoir d'éliminer les substances sans seuil et de maintenir les autres aux taux physiologiques; d'autre part, les éliminations vicariantes par des voies normalement inutilisées (estomac, intestin, peau) entrent en jeu. La pathogénie de l'hypochlorémie urémique diffère de celle de l'hypochlorémie des sténoses intestinales, car, dans le premier cas, le fait primitif est la rétention azotée et l'acidose de rétention et, dans le second cas, c'est l'élimination de chlore, sans compter le facteur toxique.. L'hypochlorémie urémique se rapproche par certains côtés de celle des maladies infectieuses où il y a une perturbation de la fonction régulatrice de l'équilibre minéral.

La correction de l'hypochlorémie urémique par les solutions hypertoniques doit être prudente lorsque la réserve alcaline est peu ou pas abaissée, et cela même s'il existe une forte hypochlorémie globulaire. Dans l'hypochlorémie urémique du rein contracté, il vaut mieux n'employer que des solutions chlorurées et glucosées isotoniques.

L. Rouquès.

A. Di Natale. ***La diffusion du bacille de Koch dans le milieu sanatorial*** (*Minerva Medica*, XXIIIe année, tome II, n° 27, 7 Juillet 1932). — D. a trouvé des bacilles visibles sur lames dans les *sécrétions nasales* chez 35 pour 100 des malades crachant des bacilles; l'inoculation des sécrétions nasales aux cobayes les ont tuberculisés dans 14 pour 100 des cas pour celles des médecins, 20 pour 100 pour celles des infirmières et dans 25 pour 100 pour celles d'hommes de peine venant de transporter des vêtements de tuberculeux.

Le *contenu de l'intestin des mouches* capturées dans les chambres des malades a présenté des bacilles acido-résistants 63 fois sur 175; l'émulsion du contenu intestinal de 15 mouches a tuberculisé 4 cobayes sur 5; le pourcentage des mouches contaminées augmente avec la durée de leur séjour dans les chambres.

Les *sillons sous-unguéaux* des malades contenaient des bacilles chez 11 malades sur 30; chez les médecins, les infirmières et les hommes de peine, D. n'a eu que deux résultats positifs sur 21 cas.

D. a recherché les bacilles dans les *gouttelettes projetées pendant les quintes de toux*, en faisant tousser des tuberculeux n'ayant pas un catarrhe trop accentué des premières voies aériennes, la bouche recouverte d'un mouchoir, devant une boîte de Petri placée à une dizaine de centimètres; le liquide de lavage des boîtes a montré des bacilles dans 23 pour 100 des cas par examen direct et dans 25 pour 100 par inoculation.

Pour éviter les risques de diffusion du bacille de Koch par les malades, il faut proscrire le nettoyage à sec des locaux, détruire les mouches et remplacer les mouchoirs par des linges de toile devant être jetés après chaque quinte de toux dans un récipient hermétique et ne devant resservir qu'après stérilisation.

L. Rouquès.

M. Capocaccia. ***Un nouveau phénomène d'immunité : l'anacorèse (à propos de la note du prof. A. Ascoli sur la vaccination antituberculeuse)*** [*Minerva Medica*, XXIIIe année, tome II, n° 29, 21 Juillet 1932]. — Ascoli a montré que les veaux vaccinés par le BCG avaient une résistance supérieure à celle des témoins, non seulement vis-à-vis du bacille de Koch, mais aussi des autres infections; il a vu dans ce fait une loi générale d'immunité qu'il a décrite sous le nom d'anacorèse. L'anacorèse est la double activité qu'exerce un tissu enflammé vis-à-vis des germes autres que ceux qui sont la cause de l'inflammation, activité d'appel et activité de destruction des germes. Les foyers inflammatoires formés autour des éléments du BCG formeraient dans l'organisme du sujet vacciné des centres vers lesquels les germes seraient attirés par une action chimiotaxique positive et où ils seraient détruits par l'activité toute particulière des éléments phagocytaires, épithélioïdes et histiocytaires. A l'appui de cette conception, Ascoli cite une série d'expériences montrant que les cobayes vaccinés par le BCG résistent mieux que les témoins aux inoculations de virus aphteux, de tétanos et de charbon.

Dans le présent article, C. discute le bien-fondé de la conception d'Ascoli; il trouve étrange que les bacilles du tétanos, qui ne passent pas dans le sang et qui restent au niveau de la plaie d'inoculation, puissent être attirés par les foyers du BCG et détruits à leur niveau; mais ses critiques portent surtout sur le cas du virus aphteux, car il ne comprend pas comment les éléments cellulaires des foyers de BCG peuvent agir sur ce virus, puisqu'il est impossible d'invoquer une action phagocytaire. Ascoli s'appuie sur des expériences de Spagnol et de Sabbatani, qui montrent que les colloïdes électro-négatifs introduits dans les veines d'un animal se fixent sur les points qui ont été excités. Or, C. ne voit dans ces recherches qu'un cas particulier des lois beaucoup plus générales qui règlent l'activité du système réticulo-endothélial et se demande si elles justifient bien la description d'une nouvelle loi d'immunité. A un autre point de vue, la conception d'Ascoli ne vaut que pour la période qui suit immédiatement la vaccination, quand les éléments du BCG exercent leur première fonction d'excitant inflammatoire; mais ensuite, quand le granulome s'est formé autour des bacilles, l'activité granulopexique et d'appel des colloïdes électronégatifs et des autres germes est réduite au minimum et ne peut certainement pas constituer un moyen de défense contre les germes des infections successives. D'ailleurs, la conception d'Ascoli aboutit à cette « absurdité biologique » que là où il existe des foyers inflammatoires préformés, le développement d'une autre infection serait impossible. Pourquoi la fonction anacorétique reconnue aux foyers du BCG ne s'étend-elle pas aux foyers du bacille de Koch ? ce qui est d'autant plus surprenant qu'Ascoli pense que la caractéristique de l'organisme envahi par le bacille tuberculeux est de répondre par un processus inflammatoire rapide et intense aux excitations en général. L'anacorèse touche alors à un ordre de faits très différents et la conclusion dernière d'Ascoli est que les veaux vaccinés sont plus résistants par suite d'une hyperréactivité histogène qui rentre dans le cadre des réactions allergiques des tuberculeux. Dans ces conditions, C. se demande s'il était bien utile de qualifier par un nom spécial un phénomène qui, pour une part, rentre dans le cadre des propriétés du système réticulo-endothélial et qui, pour une autre, s'apparente aux phénomènes d'allergie qui n'ont rien à voir avec l'anacorèse.

Réponse de A. Ascoli. Dans une brève réponse, A. maintient sa manière de voir; l'anacorèse a des rapports avec le système réticulo-endothélial et avec l'allergie, sans qu'il soit possible de l'assimiler à l'un ou à l'autre; elle doit occuper une place distincte, comme le phénomène d'Arthus dans l'anaphylaxie.

L. Rouquès.

ARCHIVIO DI PATOLOGIA E CLINICA MEDICA
(Bologne)

S. Caccuri. ***Le comportement de la lipémie dans l'artériosclérose*** (*Archivio di Patologia e Clinica medica*, t. XI, n° 4, Février 1932). — C. a étudié les lipides sanguins d'une importante série de malades atteints d'artériosclérose diffuse ou à prédominance rénale, cérébrale et aortique, dosant par la micro-méthode de Bang-Condorelli la cholestérine libre, les éthers de cholestérine, les graisses neutres, les savons et les phosphatides. Chez beaucoup de malades, la quantité totale des lipides du sang a été normale; toutefois, chez aucun, les lipides n'ont été dans les proportions physiologiques. L'hypertension artérielle s'accompagne souvent d'hypercholestérinémie, surtout chez les sujets ayant plus de 60 ans, mais l'hypercholestérinémie semble dépendre plus de l'affection qui a provoqué l'hypertension que de l'hypertension elle-même.

L'absorption de 4 gr. de cholestérine et de 200 cmc de lait produit chez les sujets normaux des modifications constantes des proportions des différents lipides; par exemple, les courbes des éthers de cholestérine et des phosphatides sont parallèles. Chez les artério-scléreux, C. a observé des variations de sens divers échappant à toute systématisation.

La cholestérinémie n'est pas constamment augmentée chez les artério-scléreux; elle peut être normale ou au-dessous de la normale, mais, même en pareil cas, il y a des modifications des autres lipides du sang; on peut donc admettre que l'artériosclérose s'accompagne d'un trouble du métabolisme des lipides, sans aller toutefois jusqu'à faire de ce trouble la cause essentielle de l'altération vasculaire.

L. Rouquès.

LA CLINICA MEDICA ITALIANA
(Milan)

J. Bettoni. ***L'indice rénal diastasique dans les néphrites; ses rapports avec l'azote résiduel et l'azote uréique du sang, la réserve alcalino, la constante d'Ambard et l'indicanémie*** (*La Clinica medica italiana*, tome LXIII, n° 6,

Juin 1932). — Après en avoir perfectionné la technique, B. a étudié l'indice rénal diastasique comparativement aux autres méthodes d'examen de la fonction rénale; cet indice est plus sensible que l'azote résiduel et que l'azote uréique et correspond mieux aux données de la clinique; la réserve alcaline et l'indicanémie ne peuvent servir de points de comparaison, car il n'y a pas un parallélisme suffisant entre leurs valeurs et le fonctionnement rénal. Il est difficile de choisir entre l'indice rénal diastasique et la constante d'Ambard et ces deux épreuves peuvent se compléter utilement; la constante d'Ambard a l'avantage de présenter une démarcation plus nette entre les chiffres normaux et pathologiques, l'indice diastasique a ceux de déceler les troubles les plus légers de la fonction rénale et de pouvoir être déterminé même en période fébrile et même sur des urines hématuriques; par contre, l'indice diastasique n'a pas de signification chez les diabétiques où il est toujours augmenté, il peut toutefois être recherché utilement lorsque le traitement insulinique a fait disparaître la glycosurie. L. Rouquès.

L. Beltrametti. ***Etude de la fonction rénale et spécialement de l'indicanémie*** (*La Clinica medica italiana*, tome LXIII, n° 6, Juin 1932). — Lorsqu'il existe dans les néphrites aiguës un certain degré d'insuffisance rénale, elle se traduit par l'augmentation de l'urée sanguine, à laquelle peut correspondre, mais rarement, une légère élévation de l'indicanémie; la R. X., c'est-à-dire l'ensemble des poisons d'origine intestinale qui se trouvent dans le sang, est presque toujours normale. Les insuffisances rénales légères sont donc mieux décelées par les variations de l'urée sanguine que par celles de l'indicanémie.

Dans les néphrites chroniques et dans la néphrosclérose primitive ou secondaire, l'indicanémie et la R. X. augmentent précocement dès qu'il y a insuffisance rénale; l'augmentation de l'urée sanguine est proportionnellement moindre et souvent plus tardive, la gravité du pronostic est, dans la plupart des cas, en rapport direct avec le degré de la rétention des dérivés aromatiques; lorsque l'état du malade s'améliore ou s'aggrave, on observe en général la diminution ou l'élévation de la R. X. et de l'indicanémie, tandis que les variations de l'azotémie sont souvent en contradiction avec les données cliniques. L. Rouquès.

POLSKA GAZETA LEKARSKA
(Lwow)

W. Nowicki. ***Le rhinosclérome sur la table d'autopsie*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XI, n° 31, 31 Juillet 1932). — N. réunit 31 cas d'autopsie de rhinosclérome provenant de l'Institut d'anatomie pathologique et de l'Institut de médecine légale de Lwow. Cette abondante réunion de cas d'une affection relativement rare permet à N. de faire les observations suivantes:

1° Au point de vue de la statistique, les cas de rhinosclérome ne présentent que le faible pourcentage de 0,07 de la totalité des autopsies faites depuis trente-six ans;

2° Les sujets autopsiés sont pour la plupart des sujets jeunes de 20 à 30 ans, hommes et femmes indifféremment;

3° Au point de vue de la constitution des sujets on ne peut faire aucune remarque particulière;

4° Les lésions locales étaient d'une façon générale très avancées et s'étendaient sur le larynx d'une façon constante pour gagner d'autres régions des voies respiratoires;

5° Les formes les plus fréquentes étaient la forme nodulaire et la forme cicatricielle, la dernière surtout trachéale. Les lésions laryngées aboutissaient généralement à la sténose ayant entraîné la trachéotomie;

6° Presque d'une façon constante, on trouvait en même temps des lésions évidentes de stase veineuse, secondaire aux troubles cardiaques et vasculaires;

7° Les complications aiguës étaient pour la plupart en rapport avec la trachéotomie. L'hémorragie se montrait particulièrement meurtrière;

8° La mort était en général subite, soit par hémorragie (après trachéotomie basse), soit par asphyxie à la suite de l'obstruction des voies respiratoires déjà sténosées. Fribourg-Blanc.

J. Miodonski. ***De l'ablation des lésions du rhinosclérome de la trachée et des bronches au cours de la trachéoscopie haute ou basse*** (*Polska Gazeta Lekarska*, tome XI, n° 31, 31 Juillet 1932). — M. donne la description d'une curette de son invention, curette dite d'« aligateur », dont il se sert avantageusement dans la sténose trachéale due aux lésions du rhinosclérome, même si leur siège est très bas.

L'instrument se compose de trois parties:

1° La cuillère de la curette pouvant s'ouvrir et se refermer;

2° La tige qui supporte et guide la cuillère et dont la longueur varie suivant qu'on se sert de la trachéoscopie haute ou basse;

3° Le manche de Schroetter muni d'un glisseur qui commande les mouvements d'ouverture et de fermeture de la curette.

Les avantages de cet instrument sont particulièrement appréciables dans la trachéoscopie haute. M. illustre sa description d'une photographie de l'instrument et rapporte l'observation d'un cas clinique où la curette d'aligateur lui a rendu facile, malgré les circonstances défavorables, l'ablation d'un nodule de rhinosclérome obstruant presque entièrement la trachée. Fribourg-Blanc.

H. Meisel. ***Les groupes sanguins dans le rhinosclérome*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XI, n° 31, 31 Juillet 1932). — L'étiologie du rhinosclérome reste encore obscure malgré de nombreuses recherches. S'inspirant du fait que, dans certains états morbides, les sujets appartenant au groupe B sont plus nombreux que les autres, M. s'est occupé de la question chez des sujets atteints de rhinosclérome.

Son étude s'étend sur une période de deux ans et comprend 103 malades chez lesquels la réaction de fixation du complément en vue du diagnostic du rhinosclérome était positive.

D'après ces recherches, il semble que les groupements sanguins auxquels appartiennent les malades ne paraissent nullement influencer ni la réceptivité, ni l'immunité des sujets pour le rhinosclérome. Fribourg-Blanc.

H. Hilarowicz et **E. Michalowski.** ***Recherches sur le retentissement de l'irrigation sanguine sur la structure et le fonctionnement du corps thyroïde et son application dans un cas clinique*** (*Polska Gazeta Lekarska*, t. XI, n° 32, 7 Août 1932). — Au cours des recherches expérimentales sur la greffe du corps thyroïde pratiquées chez les chiens (auto-transplantation en deux temps), H. et M. furent frappés par l'augmentation du courant sanguin à travers les vaisseaux thyroïdiens supérieurs s'établissant immédiatement après la ligature de la carotide primitive. Cet accroissement du débit sanguin s'accompagnait de l'élévation de la pression dans l'artère thyroïdienne supérieure. Cette constatation a fait supposer que l'irrigation sanguine plus abondante doit retentir sur la structure parenchymateuse et le fonctionnement de la glande. Mais, chez les chiens normaux, les changements histologiques du corps thyroïde n'étaient pas très appréciables en raison de l'intégrité de l'organe chez les animaux employés.

Le hasard de la clinique a fait entrer dans le service de H. et M., au moment où leurs expériences étaient en cours, une fillette de 6 ans atteinte de crétinisme congénital avec myxœdème et goitre. Tous les traitements antérieurs, opothérapie et autres, avaient échoué complètement.

La ligature bilatérale de la carotide externe fut tentée sur l'enfant en deux interventions espacées d'un mois.

A la suite de ces tentatives, on assista à la régression du goitre et à l'amélioration progressive du développement psychique de l'enfant. L'examen histologique des fragments du corps thyroïde, prélevés un mois après la ligature, a montré un changement avantageux dans la situation parenchymateuse du corps thyroïde par rapport à l'examen histologique antérieur à l'opération. Fribourg-Blanc.

SCHWEIZERISCHE MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT
(Bâle)

H. Thomke. ***Recherches comparatives sur le contenu gastrique d'après les méthodes d'Ewald-Boas et de Sahli en considérant plus spécialement l'acidimétrie*** (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, tome LXII, n° 37, 10 Septembre 1932). — Sahli reproche au repas d'Ewald-Boas de ne pas être homogène, de contenir des débris qui bouchent la sonde de sorte que la totalité du suc gastrique ne peut pas être recueilli. Il a proposé, en conséquence, une soupe d'épreuve faite avec un cube de farine de pois comme il s'en trouve dans le commerce, cuit trois minutes dans 300 cmc d'eau. En ce qui concerne la titration, Sahli a fait remarquer que l'adjonction d'une solution de soude provoque la dissociation des ions H et par suite ne donne pas une image exacte de l'acidité telle qu'elle existe dans le suc gastrique. Il a proposé de remplacer cette méthode par un indicateur coloré (solution aqueuse de violet de méthyle) dont il ajoute des quantités égales à des volumes égaux de suc gastrique d'une part et, d'autre part, d'une solution d'acide chlorhydrique qu'il concentre progressivement par adjonction d'acide jusqu'à obtenir la même teinte que dans le suc.

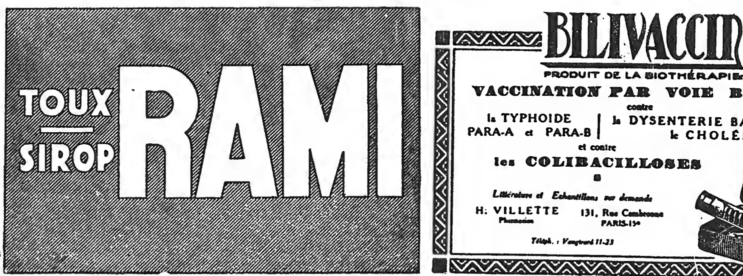
T. a comparé cette méthode à celle d'Ewald-Boas sur 173 contenus gastriques recueillis de diverses façons. Tout d'abord, il n'a pas constaté que le repas d'épreuve offrît des difficultés au point de vue du sondage. Dans 27 cas, le volume recueilli après la soupe de Sahli a été plus grand et dans 15 cas plus petit qu'après le déjeuner d'épreuve d'Ewald-Boas. L'excitation digestive provoquée par le thé et le pain paraît avoir été plus petite qu'après la soupe d'épreuve. Mais T. fait remarquer que quand la soupe contient davantage d'albumine, la quantité d'acide fixé est plus importante et par suite la titration en libère une quantité plus grande.

Quant au procédé de titration proposé par Sahli, T. reconnaît qu'il est d'une élégance remarquable, mais qu'il exige des manipulations plus longues et plus compliquées que l'ancien procédé. Il considère donc en conclusion que la méthode d'Ewald-Boas doit être préférée dans la pratique. P.-E. Morhardt.









TOUX
SIROP
RAMI



LA PRESSE MÉDICALE
Paris — 120, Boulevard Saint-Germain, 120 — Paris

HOPITAL AMBROISE-PARÉ. — Directeur : M. RIETHMULLER.
..., rue de Saint-Cloud, à Boulogne-sur-Seine. — Tél. : Auteuil 03-11.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. MONIER-VINARD. Ass. : M. Chabanier.	MM. Porin.	MM. Brégeat, Clerc, Guéret, Robert.
M. RICHET.	Facquet.	Boudou, Mlle Desallais, Normand, Ullmann.
M. HUBER.	Aubin.	Colombeix, Mlle Jomier, Steurman, Steinberg.
Chirurgien M. DESMAREST.	Gorodiche. Bourgeois.	Bancaud, Couturier, Delair, Eudel, Fayet, Feinman, Tardieu.
Consultation de médecine générale M. PÉRON.	Aliker. (*int. prov.*).	Cahuet, Poisson.
Consultation de chirurgie générale Ass. : M Thalheimer, ... Diamant-Berger.		Davous, Mmes Davous et Meilland.
Consultation d'ophtalmologie M. MONBRUN.		Nespoulos, Mlle Saulnier.
Consultation d'oto-rhino-laryngologie M. BOUCHET.		Canetti, Desfossez, Daniels.

Electro-radiolog. : M. DÉTRÉ, chef du serv. central. — *Ass.* : M. Brennan.
Pharmacien : M. RÉGNIER.

HOPITAL ANDRAL. — Directeur : M. DUPIN.
Adj. : M. Saint-Aubin.
Boulevard Mac-Donald. — Tél. : Nord 02-52

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin 1er Serv. temporaire M. PICHON.	Bidou.	Legrand, Beauchef, Rabinovici, Oudin, Defougy.
2e Serv. temporaire M. PICHON.	Mme Longuet	Mlle Patez, MM. Lavergne, Richard.

Radiologie : *Ass.* : M. Pierre CHARPY.

HOPITAL DU BASTION 29. — Directeur : M. DUPIN.
Boulevard Mac-Donald. — Tél. : Nord 12-84.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. HUTINEL. Ass. : M. Ducas.	Albeaux-Fernet. Dreyfuss. Brunhes (*ext. pr.*).	Milliau, Mlle Guignard, Faliu, Bourée, Genévrier, Mathieu (André), Vassor. Chalochet.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT BAUDELOCQUE.
Directeur : M. PIDET.
125, *boulevard de Port-Royal.* — Tél. : Odéon 24-90.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Accoucheur Prof. COUVELAIRE. Chefs de clinique : M. LAENNEC, Mlle BACH. M. FRANÇOIS (*adj.*). Chef de labor. : MM. GIRAND, LACOMME.	M. Lepage. Mme Grand.	MM. Daniel, Attal, Lemmet, Mlle Wuest, Canale, Mlle Vialet, Tempier.

Electro-radiologie : Mme GRUNSPAN DE BRANCAS, chef du service central, M. Lévy-Lehhar, assistant. — **Pharmacien :** M. PICON.

HOPITAL BEAUJON. — Directeur : M. TISSERAND.
208, *faubourg Saint-Honoré.* — Tél. : Carnot 18-30.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. FAROY. Ass. : M. DERON.	Voillemin.	Mlle Feydit, Matras, Martini, Pertus, Sénéchal.
M. TROISIER. Ass. : M. Cattan.	Dubois (J.).	Avenard, Nico, Aubert, Hanoun, Thomas, Copreaux.
M. HARVIER. Ass. : ... Brun du Bois Noir.	Maison.	Claisse, Mlle Luneau, Fouzé, Amphoux, Cernéa, Vignalou.
Centre de triage des tuberculeux. DEBRÉ (Robert). Ass. : MM. Renard, Gros-Decam, Mlle Prieur.	1er *Semestre* : Sée. Chapireau (*en surnombre*). 2e *Semestre* : Perrault, Soulié (*méd. d'or*).	Ledoux-Lebard, Malinsky, Mlles Sabetay, Oechmichen, Thieffry.
Chirurgiens M. OKINCZYC. Ass. : M. Boppe.	Allard, Calvet.	Mlle Montrozier, Faugeroux, Mlle Aubert, Grandin, Delort, Vionnet, Pinet.

HOPITAL BEAUJON (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
M. BASSET. Ass. : M. Ameline.	MM. Mialaret. Rouher.	MM. Gany, Bachellier, Mlle Juster, Mlle Blairon, Schechter, Musset, Roche.
M. ALGLAVE.	Catalette, Saubrane.	Campagne, Rougé, Viallatte, Lenoir, Diétrich, Chausselat.
Chir. chroniques M. OKINCZYC.	Boudreaux.	Lesca.
Serv. d'ophtalmol. M. COUTELA. Ass : Mme Weismann-Netter.	Caby.	Lefer, Masson.
Accoucheur M. LEVANT.	Richard, Weill (A.).	Chagnon, Boursaus, Deloge, Mlle Elrichewski.
Consultat. médecine M. J. DECOURT.	Moulinier (*ext. pr.*).	Bouwens van der Boijen, Mlle Marthe Wix, Ayrignac.
Service d'oto-rhino-laryngologie M. BALDENWECK. Ass. : MM. Lévy Decker, Magnien.	Vandenbosche.	Pineau, Mouchot, Benveniste, Lutrot.

Cons. antivénérienne du soir : M. LOUSTE.
Stomatologiste : M SCHÆFFR.
Radiologie : M. AUBOURO, chef de laboratoire. — MM. JOLY, PORCHER, chefs adjoints. — *Ass.* : MM. Gaulliart, Barreau. Mignon, Mme Delaplace, Surmont. — *Ext.* : MM. Magne, Rouchand, Mlle Augier.
Pharmacien : M. CRUT.

BERCK-SUR-MER : Hôpital Maritime (Enfants).
Directeur : M. BREIDSPRECHER.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Chirurgien M. ANDRÉ RICHARD. Ass. : MM. Andrieu, Delahaye. M. M. MOZER, Chef de laboratoire. M. G. MOZER, Chef de labor. adj.	Arondel, Bastien, Stérin.	Mlles Ciosi, Poidevin. MM. Gasne, Personnaz.

Electro-radiologie : M. PARIN. — **Pharmacien :** M. RENAUDIN.

BERCK-SUR-MER : Hôpital Lannelongue (Adultes).
Directeur : M. MÉDAN.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Chirurgien M. ANDRÉ RICHARD. Ass. : M. Bouquier.	Genty.	Pourquié, Guérin.

HOSPICE DE BICÊTRE. — Directeur : M. BUGNET.
78, *rue du Kremlin.* — Tél. : Gobelins 85-38.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. MOREAU.	Deparis, Boudin.	Faulong, Limasset, Sicard, de Lignières, Herluison, Guichard.
M. ALAJOUANINE.	Ribadeau-Dumas, Mauric.	Bocquet, Gouget, Monnier, Greif, Tantin, Boissonnat.
M. ETIENNE BERNARD.	Klotz.	Gruner, David Rubens, Galimard, Lafou, Korner.
M. DE GENNES. Ass. : M. Thomas.	Royer de Vericourt.	Lesauvage, Fleury, Dénès, Logeais, Roisano.
Chirurgien M. TOUPET.	Devaux, Jounard, Milhiet.	Martinon, Lambert, Gouffier, Lafont, Goulène, Tetrot, Manoni, Marre.
Serv. de désencomb. M. MOREAU.	Demartial (*ext. pr.*).	Camena d'Almeida, Dubos, Anffret, Mlle Chei Vih.
Serv. temp. (Enfants) M. MOREAU.		Azoulay, Martin, Rougeau.
Aliénés M. CAMUS.	Mme Grand, remplacée provisoirement par M. Sauvain (*ext. pr.*).	
M. RICHE (A.).		
M. MAILLARD.	Baillet.	
Cons. de chirurgie M. TOUPET.	Ferroir (*ext. pr.*),	
Serv. temp. chron. M. MOREAU.		Belletoille. Collart, Domart.
Cons. d'ophtalmol. M. LAGRANGE.		

Stomatologiste : M. RICHARD. — **Pharmacien :** M. POIROT.
Elcetro-radiologie : M. DARIAUX, chef de service central. — M. GUÉNAUX chef adjoint.

HOPITAL BICHAT. — Directeur : M. CHAUMETON.
Boulevard Ney. — Tél. : Marcadet 16-09 et 75-30.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. LEMIERRE. Ass. : M. Laporte.	MM. Bonnard.	MM. Jacquot, Désiglise, Mouchotte, Brumpt, Tran-Van-Cou, Mme Forget, Mlle Gottlieb, Mme Levachkevitch.
M. BOIDIN. Ass. : M. Worms.	Mme Roudinesco.	Monceau, Paillas, Maruelle, Rossignol, Broche, M. Roux, Mlle Ladet, Lefebvre.
M. Pasteur Vallery-Radot. Ass. : M. Delafontaine.	Miget.	Lavedan de Casaubon, Wolfromm, Lamasson, Gilbert (Ch.), Mouchotte (Maurice) (2e *sem.*), Varay, Meyer (Louis), Elkaïm Mlle Comby (2e *sem.*), Lévy (Jean).
M. FLANDIN. Ass. : M. Escalier.	Joly (F.).	David (J.). Jamain (B.), Goujard (P.). Reveillaud (J. C.).
M. CHIRAY. Ass. (de Clinique) : M. G. Albot. Ass. (de Radiologie) : M. A. Lomon.	Jame (Ray.).	Bouvrain, Gerbaud (J.), Morichau-Beauchant, Fortin, Galup (Ph.), Marcombes (E.), Drain, Dupuy (Ray.),
M. KÜSS.	Lauret, Boisseau, David (L.).	Misserey, Beaufils (*ext. pr.*), Sorin, Anglade (P.), Bourier, Dorey, Desmarquest, Drouet.
M. CAPETTE.	Gaulier, Hébert, Mencière (L.).	Cornet, Winiezki, Pocoulé, Worré, Sénéchal, Jalladeau, Janeau, Zahler.
Cons. antivénérienne du soir M. RENAUD.		
Service de désencombrement M. FLANDIN.	Sambrou.	Thorel (F.), Piétroni (N.), Derobert (L.), Adle.
Service des tuberculeux M. FLANDIN.	Wetterwald.	Mande, Chénebault (J.), Salvanet (J.), Guillemin.
Chirurgien M. MOCQUOT. Ass. : M. Monod (Raoul).	Couvelaire, Rudler, Poilleux.	Huber, Gresse, Mlle Carlet, Le Cudonnec, Auger, Laïk, Mlle Aubin, Nonique.
Consultat. médecine M. LAMBLING.	Camus	Bouteille, Billard, Mlle Moyen.
Consultat. chirurgie M. REINHOLD.		Bengnagni, Baloche. Bourdin.
Polyclin., boul. Ney Cons. de médecine	Porge (*ext. pr.*).	Barrière.
Cons. de méd. infant.	Calmat (*ext. pr.*).	Martinet, Moctan.
Cons. ophtalmol.		Barbier, Feld.
Cons. oto-rhino-lary.		Verrier, Dupoud.

Stomatologiste : M. RAISON.
Electro-radiologie : M. BÉAUJARD, chef du service central. — *Ass.* : M. Le Goff.
Pharmacien : M. DAVID.

HOPITAL BOUCICAUT. — Directeur : M. VINCENT.
78, *Rue de la Convention.* — Tél. : Vaugirard 39-67.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. COURCOUX.	Roy (Louis).	Robin (Jean), Comte (R.), Fayance, Freret (Paul).
Centre de triage. M. COURCOUX.		Lamouche, Vinlzel.
M. TRÉMOLIÈRES. Ass. M. Morlaas.	Thierry (J.-E.).	Mlle Wetzel, Habrekorn (Pierre), Trepsat, Gras (L.).
Chirurgien M. LABEY. Ass. : M. Soupault.	Ardouin, Rachelsberg, Naulleau.	Goyer (*ext. pr.*), Bouche, Turpin-Rotival, Mlle Théodoresco, Ollier, Touati, Mestries, Lemanissier.
Accoucheur M. ECALLE.	Strée, Willot. Fontaine (M.), (*en surnombre non rétribué*).	Lazarovici, Ameur-Chavier, Lemonnier, Courchinoux.
Serv. d'oto-rhino-laryngologie M. MOULONGUET.		Lachèze, Epelbaum.

HOPITAL BOUCICAUT (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Consultat. médecine M. CARRIÉ. Ass. : Mlle M. Wajnbaum.	MM Allilaire (*ext. pr.*)	MM. Depaillat, Abiteboul.
Consultat. chirurgie Ass. : M. Soupault.		Galland, Tournafond, Brinon, Mme Roy.

Stomatologiste : M. FARGIN-FAYOLLE.
Electro-radiologie : M. GUILBERT, chef du service central. *Adj* : M. Gilson. — *Ass.* : MM. Blanche, Lifschitz. — *Ext.* : M. Daumezou.
Labor. de bactériol. : M. BERGERON, chef de secteur.
Consult. antivénérienne du soir : M. SCHULMANN — *Ass.* : M. Mauric. M. LÉVY-COBLENTZ, chef de laboratoire.
Pharmacien : M. CHERAMY.

HOPITAL BRETONNEAU. — Directeur : M. LECOMTE.
2, *rue Carpeaux.* — Tél. : Marcadet 02-78.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. GRENET. Ass : M. Isaac-Georges (Pierre).	Mourrut.	Morelle, Nigaud, Guérin (J.) Brault, Marçais (R.), Nabert, Fouassier.
M. GUILLEMOT. Ass. : M. Prieur.	Louvet.	Lavergne, Chevallier, Martrou, Sifflet, Castany, Fargette.
Chirurgien M. PICOT.	Leroy, Masson, Lardennois.	Perrot, Grand, Deschamps, Boureau, Mlles Thévenot, Latran, Saguez.
Accoucheur M. METZGER.	Ghozlaud, Brouet	Zeiler, Breitel, Ghozland (Lucien), Bureau, Tarent, Mlle Jeannacopoulo.
Consultat. médecine M. MARQUEZY. Ass. : Mlles Ronget, Hébert.	Boussoulade (*ext. pr.*).	Enquin, Dassencourt, Cohen-Solal (2e *sem.*), Mme Brizard, Clenet (2e *sem.*), Mlles Margueron, Verlière.
Consult. d'oto-rhino-laryngologie M. BLOCH. Sup. : MM J. Lemoine Larroque.		Tarchiani, Eyriès, Le Teusorer, Baron.

Stomatologiste : M. IZARD.
Electro-radiologie : M. LOBLIGEOIS chef du service central. — *Chef adj.* (f. f.) : M. Torchaussé. — *Ass.* : M. Mery. — *Ext.* : Mme Leneman.
Pharmacien : M. CHAYMOL.

HOSPICE DE BRÉVANNES. — Directeur : M. MAURIN.
Limeil-Brévannes (Seine-et-Oise). — Tél. : 11 à Boissy-Saint-Léger.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. MARIE (René), Ass. : M. Clément.	Iliovici. Tellier.	
M. LÉVY-VALENSI. Ass. : M. Thiel, Mme Hadji-Marcarian, MM. Feil, Chauveau, Loireau.	Arvay (*ext. pr.*). Lepart, Darras, Nomblot, Lecomte, Giraud.	
M. RENAUD.	Pourquié, Yovanovitch, Tilitchef.	

HOPITAL BROCA. — Directeur : M. DÉTHARÉ.
111, *rue Broca.* — Tél. : Gobelins 04-50.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. WEISSENBACH. Ass. : M. G. Basch. M. J. MARTINEAU. Chef de laboratoire.	David (J.).	Wolinetz, Casalis, Guénin, Zaepffel, Dillange, Darmon, Lichtenberg.
M. TZANCK. Mlle DOBKEWITCH Chef de laboratoire.	Cord (Maurice).	Aucler, Boucher, Feuillet, Montis (de), Negreanu, Garfumkel, Boyer (Jean).
Dispensaire anti-blennorragique. M. WEISSENBACH Ass. : M. Bordier.		Michel (Jean), Mlle Lauriat.
Consult. antivénérienne du soir. MM. WEISSENBACH, TZANCK.		
Serv. des transfus. M. TZANCK.		Paris (André), Dezoteux.
Chirurgien Prof. J.-L. FAURE. M. E. DOUAY. Chef des travaux gyn. Peytavint, Saint-Pierre. Chefs de clinique. M. BULLIARD. Chef de laboratoire.	Langre (de). Mlle Fayot. Mme Stuhl.	Rosenfeld, Rosenberg, Velez, Mame, Cucherousset, Belletoilie, Mlle Pevet.

Electro-radiologie : M. LEHMANN, chef du service central.
Pharmacien : M. STENDAL.

HOPITAL BROUSSAIS. — Directeur : M. NARAT.
90, *rue Didot.* — Tél. : Vaugirard 13-27.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. LAUBRY. Ass. : M. Routier.	MM. 1er *Semestre* : Soulié (*méd. d'or*). 2e *Semestre* : Antonelli.	MM. Besset, Vialle, Chevé, Braunberger, Desguillous.
Serv. des tubercul. M. LAUBRY.	Degos.	Hasset, Henry.
M. DUFOUR.	Mlle Baguette, Hurez.	Calvet, Meurin, Piroux, Plas, Rain, Sautter, Rachstein.
M. MARCHAL.	Bargeton, Mahoudeau.	Brandenbourg, Gillot, Bussière, Samain, Capmas, Mathivat, Bessil, Tissot.
Chirurgien M. MONDOR. Ass. : M. Welti.	Maes, Barthes.	Demange, Lafourcade, Prat, Lebel, Menanteau, Rouchy.
Consultat. médecine M. RAVINA. Ass. : M. Couturat.	Douay (*ext. pr.*).	Blanchard, Chapoy.
Consultat. chirurgie M. WELTI. Ass. : M. Lapeyre.		Maroger, Echégut.

Stomatologiste : M. N...
Electro-radiologie : M. COTTENOT, chef du service central. — *Ass.* : M. Blot.
Pharmacien : M. GUILLOT.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Directeur : M. LAJOUANINE.
47, *rue Jacob.* — Tél. : Littré 54-73.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. SERGENT. MM. VIBERT, LONJUMEAU, IMBERT, CL. LAUNAY. Chefs de clinique. MM. DURAND, COUVREUX. Chefs de laboratoire.	Moricard.	Mlle Berny, Cler (René), Ferrien, Tissandié (A.), Suire, Hector (J.).
M. TIXIER. Ass. : M. de Sèze.	Mme Poulain.	Sallerou, Boulard, Saillant, Trouvé, Lajouanine.
M. ABRAMI. Ass. : M. Wallich.	Bernal.	Doger de Spéville, Michaélidès, Dreyfus, Bauvais, Mlle Simon.
M. HENRI BÉNARD.	Sallet.	Lambert, Zarachowitch, Kolpenitzki, Escaré.
M. FIESSINGER. Ass. : M. H Olivier.	Arnaudet.	Feldstein, Laurence, Ramadier, Fleys.
Chirurgiens M. BAUMGARTNER.	Postel, Cuvillier, Joly.	Joly, Colletar, Schneider, Droguet, Soubireau, Raynaud, François.
M. Robert MONOD	Demerleau, Lejeune, Lance.	Giordan, Schneider, Mozziconacci, Doudeuil, Duret, Butzbach, Dramez.
Accoucheur M. VIGNES.	Arnal.	Bouteau, Lejeune, L'Huillier, Mlle Perrier.
Consultat. médecine Mme B. FONTAINE.	Pecher (*ext. pr.*).	Malartic, Canet, David.
Consultat. chirurgie M. GIRODE.		Boros, Guny.

Consult. antisyphilitique du soir (2 séances par semaine) : M. SÉZARY. — M. POMARET, chef de laboratoire. *Ass.* : M. Fernet.
Stomatologiste : M GÉRARD-MAUREL.
Electro-radiologie : M. RONNEAUX, chef du service central. — *Adj.* : M. Desgrez. — *Ass.* : M. Gadreau, Quivy, Piffault, Couvreux. (Clin. méd. propéd.).
Pharmacien : M. BOUGAULT.

HOPITAL CLAUDE-BERNARD. — Directeur : M. DUPIN.
Porte d'Aubervilliers. — Tél. : Nord 11-03.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin Prof. TEISSIER. MM. Garnier, Bourgeois. Chefs de clinique. M. Layani. Chef de clin adj. M Reilly. Chef de laboratoire.	Pham-Hu-Chi, Gabriel, Friedman (Élie).	Delaroche, Du Buit, Germon, Boutachoff, Margout, Rabaté, Tissier, Schwartz, Barouch, Dupertout, Mlle Haimes.
Consult. d'oto-rhino-laryngologie. M. CHATELLIER.		

Stomatologiste : M. NESPOULOUS.
Poste de radiologie : *Ass.* : M. Thiel. — *Ass.* : M. J. CHATELLIER.
Pharmacien : VALETTE.
Labor. de bactériol. : M. REILLY, chef de secteur.
Pharmacien : M. DAVID.

CACHETS — GRANULÉS

TRICALCINE IRRADIÉE

VITAMINE D
SELS DE CALCIUM

RECONSTITUANT GÉNÉRAL

LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA 21, RUE CHAPTAL, PARIS, IXe ARRt

LE SULFARSÉNOL | LE ZINC-SULFARSÉNOL

DU DOCTEUR LEHNHOFF-WYLD

Produits adoptés par les Hôpitaux

DOSES :	A	B	C	D	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	5 millig.	1 ctgr.	1 ctgr. 1/2	2 ctgr.	3 ctgr.	6 ctgr.	12 ctgr.	18 ctgr.	24 ctgr.	30 ctgr.	36 ctgr.	42 ctgr.	48 ctgr.	54 ctgr.	60 ctgr.	72 ctgr.	84 ctgr.	96 ctgr.

ARSÉNOS-SOLVANT

Adopté par les Hôpitaux

Pour injections intramusculaires ou sous-cutanées d'arsenobenzenes

— *INDOLORES* —

L'ARSÉNOS-SOLVANT est un sérum glucosé avec addition de gaïacol et de chlorétone

PRÉSENTATION : Boîtes de 1, 6, 12 ampoules.



Balsamique parfaitement toléré par le foie et les reins.

TETRASTHÉNOL

Médicament remarquable contre tous les états de faiblesse.

LABORATOIRES DE BIOCHIMIE MÉDICALE

Charles DESGREZ, Docteur en Pharmacie.

R. C. Seine 229.549 B. — **19-21, rue Van-Loo, PARIS (XVIe)** — **Téléph. : Auteuil 26-62**

PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE

COMBINÉS A LA PEPTONE ET ENTIÈREMENT ASSIMILABLES

NE DONNE PAS DE CONSTIPATION

ANÉMIE - CHLOROSE - DÉBILITÉ - CONVALESCENCE

DOSES QUOTIDIENNES : 5 à 20 gouttes pour les enfants ; 20 à 40 gouttes pour les adultes

Échantillons et Littérature : **Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, rue du Petit-Musc, PARIS.**

LE VEINOTROPE

TRAITEMENT INTÉGRAL de la **Maladie veineuse** — et de ses — COMPLICATIONS

3 formes

Médication synergique à base d'Extraits opothérapiques irradiés aux Rayons U. V.

DOSE : 2 comprimés en moyenne 1 heure avant les 2 repas principaux ou suivant prescription médicale. Avaler sans croquer.
DURÉE DU TRAITEMENT : 3 semaines par mois. Chez la femme interrompre au moment des règles.

Formule M (*Usage Masculin*)

Para-Thyroïde	0.001
Orchitine	0.035
Surrénale	0.005
Pancréas	0.100
Hypophyse (lobe post.)	0.001
Noix vomique	0.005
Ext. Hamamelis Virg. / Marron d'Inde	aâ 0.035

(*Comprimés rouges*)

VEINOTROPE-POUDRE
(ULCÈRES VARIQUEUX et plaies en général)

Extrait embryonnaire	1 gr.
Protéoses hypotensives du Pancréas	3 gr.
Calomel	4 gr.
Talc stérile q. s. pour	100 gr.

Poudrer après lavage au sérum physiologique et recouvrir de gaze stérile.

Formule F (*Usage Féminin*)

Para-Thyroïde	0.001
Ovarine	0.035
Surrénale	0.005
Pancréas	0.100
Hypophyse (lobe post.)	0.001
Noix vomique	0.005
Ext. Hamamelis Virg. / Marron d'Inde	aâ 0.035

(*Comprimés violets*)

3 formes

LABORATOIRES LOBICA
46 Avenue des Ternes PARIS (17e)
G. CHENAL - PHARMACIEN

AZOTYL

TRAITEMENT des TUBERCULOSES et des ÉTATS de DÉNUTRITION et de CARENCE

Lipoïdes Spléniques et biliaires
Cholestérine pure
Goménol
Eucalyptol
Eugénol
Camphre

A. Ampoules pour injections sous-cutanées ou intra-musculaires.

HYPERACTIVÉ PAR IRRADIATION AUX RAYONS U.V.
ACTINO-THÉRAPIE INDIRECTE

B. Pilules Glutinisées 2 au milieu de chaque repas.

Littérature et échantillons — **LABORATOIRES LOBICA** 46, Avenue des Ternes, PARIS (17e) — G. CHENAL PHARMACIEN

Le Lactochol

FORMULE
Ferments lactiques sélectionnés
Sels biliaires - Lactate de calcium

60 fois plus actif que les ferments lactiques seuls

DOSES :

I. GRANULÉS
1° ADULTES : 4 à 12 cuillerées à café avec un peu d'eau sucrée.
2° ENFANTS : 2 à 6 cuillerées à café.
3° NOURRISSONS : Une demi-cuillerée à café délayée dans un peu d'eau bouillie ou de lait avant la tétée ou le biberon, plusieurs fois par jour.

II. COMPRIMÉS
1° ADULTES : 4 à 12 Comprimés par jour, 1/4 d'heure avant le repas avec de l'eau sucrée (avaler sans mâcher).
2° ENFANTS : 2 à 6 par jour dans les mêmes véhicules.

Docteurs ! Le granulé de Lactochol est le Spécifique des Gastro-Entérites, Entérites, Diarrhées saisonnières du nourrisson et des adultes. Goût agréable

LACTOCHOL

LABORATOIRES LOBICA
G. CHENAL PH. 46 AVENUE DES TERNES PARIS (17e)

HOPITAL COCHIN. — Directeur : M. Couteaux.

47, *faubourg Saint-Jacques*. — Tél. : Odéon 25-90

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. Achard. MM. Moussoir, Poumailloux, Caben, Rivoire, Chefs de clinique. MM. Verne. Grigaut, Boutroux, Bosy. Chefs de labor.	MM. Regaud, [1er s.], Langlois [2e s.], Loisel, Bi-sery, Duperrat (*ex. pr.*) (*en surnombre*).	MM. Gautier (Jacques), Siguier, Kern, Masse, Rouyer, Mlles Marcelot, Ferrieu, Philippe, Riche. Paillé, Harispe; Mme Legoux.
M. Ameuille. Ass. : MM. Kudelsky, Lejard, Lebègue, Mlle Blanchy.	Mezard (Jean), Salles (Pierre), Hanaut.	Parrique, Jouon, Mlle Debay, Simon, Thoulon, Halpern, Gout, Bembaron, Gelbert, Joos, Mme Nouaille, Mlle Cazalis, M. Delabroise.
Service du dispens. M. N.	Salles (Pierre).	Vincent, Halpern, Gout, Bembarou.
Serv. temp. (Tub.) M. N.	Hanaut ext. pr.).	Gelbert, Mlle Jooss, Mme Nouaille.
M. Chevallier.	Jean Bernard.	Buffard, Orinstein, Domart. Desmonts, Jaguet, Dhery, M. Grangé (*en surnombre*).
M. Pinard. Ass. : M.	Robert (André). Fiehrer.	Gruli, Lecointre, Fardet, Marquès, Salomon, Boussard.
Chirurgiens Prof. Delbet. Ass. : M. Leveuf. MM. Mabille, Pascal, Pellé. Chefs de clinique. MM. Chef de labor.	Dulot, Rodier, Bourdial.	Dussouil, Lesieur, Lion, Boutzolakis, Landau, Bargain, Merle, Arsitab.
Annexe de la clinique chirurgic. M. Leveuf.	Bridot, Mlle Fagnière.	Debray, Dervaux, Mlles Loloum et Slahlhand.
M. Mathieu. Ass. : M. Huet.	Rousseau, Vuilième.	Mgo-Quoc, Vallade, Ladoué, Lewi, Mlle Conty, Duss.
M. Chevassu. Ass. : M. Bayle.	Gandy, Jullien.	Ciaudo, Vincent (Paul), Reinert (Philippe), Rousset, Hadjidimo, Laurence, Doudille, Bernard.
Consultat. médecine M. Debray. Ass. : M. Cahen.	Roy (*ex. pr.*).	Serane, Cuerveaux, Gireaux.
Consultat. chirurgie Ass. : M. Jean Quénu.		Biétrix, Dufour, Fischmann, Jassin.
Service de malariathérapie M. Pinard.		Turbé, Cazetti.
Cons. antivénérienne du soir. M. Pinard (mar. et ven.). M. Chevallier (jeudi soir).		
Cons. d'ophtalmol. Ass. : J. Bollack. Sup. : M. Salgo.		Moreau, Van-Kim.
Consultation de stomatologie. M. Lebedinsky. Adj. : M. Chatelier. Ass. : M. Lebedinsky (G. G.).		Schultz, Thibault.
Serv. temp. de méd. M. Levesque.		
Consultation d'oto-rhino laryngologie. M. L.-H. Leroux.		

Electro-radiologie : M. Barret, chef de service central. — M. Foubert, chef de laboratoire adjoint (f.f.). — *Ass.* : M. Prévost, Mme Kauffmann, MM. Moret, Busy. — *Ext.* : M. Veysset.
Labor. de bactériol. : M. Schwartz, chef de service.
Pharmacien : M. Sommelet.

HOSPICE ALQUIER DEBROUSSE. — Directeur : M. Durand.

148-150, *rue de Bagnolet*. — Tél. : Roquette 04-06.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Rouillard.	Louvel.	Baulande, Delaroche, Picart (R.).

Pharmacien : M. Tidon.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS

Direct. M. Deschatre. — 74, *rue Denfert-Rochereau*. Tél. : Danton 37-40.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin Prof. Lereboullet. Chefs de clinique. MM. Bohn, Benoist, Baize. *Ass.* : M. Lelong. Chefs de laboratoire. MM. Detrois et Gournay.	MM. Vanier, Bosquet.	MM. Chanel, Hallé (Guillaume), Longuet, Boivin, Mlle Legagneux, Mme Mollaret.
Service temporaire.		M. Brunet.
Chirurgien M. Veau. *Ass.* : M. Plessier.	Leroux, Loiseau.	Challiol, Viau, Durand, Desclaux, Moreau.

Stomatologiste : M. Boissier.
Electro-radiologie : M. Gérard, chef du ser. central. — *Ext.* : M. S. Franck.
Pharmacien : Mme Planchon.

GROUPE HOSPITALIER ENFANTS-MALADES, NECKER

Directeur : M. Tisnès.
149, *rue de Sèvres*. — Tél. : Ség. 92-85.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. Nobécourt. MM. Martin (René), Kaplan, Liège, Chefs de clinique. M. Bidot. Chef de labor. MM. Pretet, Brunet, Préparateurs.	Veslot.	François-Dainville, Streusand, Nardi, Temerson, Bret.
M. Hallé.	Odinet (*1er sem.*), Arundel (*2e sem.*).	Courtin, Faugeron, Rendu, Jeulin, Mme Rambert, Mlle Courrier (*ext. pr.*).
M. Darré.	Mme Kourilsky.	Pouheu, Gautreau, Corrèze, Mlles Cauchy, Levy (Hélène), Paley.
M. Apert. *Ass.* : M. Cambessédès.	Garnier.	Mlles Solente, Giret, Lipschutz. MM. Picquart, Green, Molard.
M. Weill-Hallé. *Ass.* : Mlle Cl. Vogt.	Aubert (Roger), Livieratos.	Gesta, Morhange. Peretz, Gerard, Mlle Tauzy.
Sélection. M. Apert.	Lichtenberg (*ex. pr.*). Mlle Lyon (*ext. pr.*).	
Chirurgiens M. Ombrédanne. MM. Garnier, Armingeat, Chefs de clinique.	Longuet, Dreyfus le Foyer.	Mlles Delaroche, Cottin, Cazamiau, Dumétry. Ghiusberg. MM. Bricage, Rouyer, Laboureau.
Service médical d'Antony. (Salle Archambault.) M. Ombrédanne. *Ass.* : M. Huc.	Brehant.	Mathey, Raulot-Lapointe,
M. Berger.	Mlle Delahaye, M. Varangot (*ext. pr.*).	Bonamy, Champault, Hascoët, Fizou, Cenac.
Cons. d'ophtalmol. M. Monthus. *Ass.* : M. Favory.	Chevallier (Roger)	Petrignani, Audoux, Rollin, Ajuriaguerra, Durandy.
Serv. oto-rhino-lar. M. Le Mée. *Ass.* : MM. Magdalaine, Richier, Mazarakis, Gisclard.	Guillon, Suchmann.	Mlles Picard Lavit, MM. Chazelle, Borgida, Wurzelmick, Calmanas, Guebel.
Consult. de stomatol. M. Gornouec. *Ass.* : M. Chufard.		
Service temporaire contag. pour enf. (Pav. Maria Richard). M. Lévesque.	Mlle Spire (*ext. pr.*).	Trebalet, Robert.
Service temporaire (Poliomyélite). Prof. Nobécourt.	Bonnet.	Martel (Jean). Mlle Lorsignol.

Electro-radiologie : M. Duhem, chef du service central. — MM. Gally (cancer), Truchot (clin. urol.), chefs adjoints. — *Ass.* : MM. Goubert, Brunet. — *Ext.* : MM. Moro (Jean), Perdrix.
Laboratoire général de bactériologie (Secteur rive gauche) : M. Lucien Girard.
Pharmacien : M. Fabre.

SANATORIUM D'HENDAYE. — Directeur : M. Bru.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Morancé.	Bellieres, Landeau.	

Pharmacien : M. Lagarde, *Ass.*

HOPITAL HÉROLD. — Directeur : M. Bauge.

5, *place du Danube*. — Tél. : Nord 01-96.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Armand-Delille. *Ass.* : M. Lestoquoy.	MM. Gavois.	MM. Marcus, Hechter, Boyé, Bayle, Lepeytre. Bruno.
M. Milhit. *Ass.* : Mlle Papaioannou.	Fouquet (Jean).	Alaurent, Sachnine, Carniol, de Graeïansky. Marlin, Mlle Gicesensky,
Consultat. médecine M. Turpin.	François (René) (*ext. pr.*).	Boudet, Leclercq.
Consultation d'oto-rhino-laryng. M. Aubry. *Ass.* : M. Pigache.		Degaud, Wald (Désiré).

Stomatologiste : M. Ruppe.
Electro-radiologie : M. N..., chef du service central. — M. Dimier, chef adjoint (f. f.). — *Ext.* : M. Senéchal.
Laboratoire de Bactériologie : M. Marie (P.-L.), chef de secteur.
Pharmacien : M. Sommelet.

HOTEL-DIEU. — Directeur : M. Le Maistre.

Place du Parvis Notre-Dame. — Tél. : Odéon 25-71.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. Carnot. MM. Caroli, Delalande, Thiroloix, Véran. Chefs de clinique. MM. Coquoin. Deval, Dognon, Dumont, Simonnet, Mlle Tissier. Chefs de labor.	Cachera, Paul.	Aussanaire, L'Hirondel, Rossier, Leger, Giaume, Dauphin, Maury, Monsaingeon, Fornari, Grossior, Lefebvre, Mlle Odile Renié.
M. Baudouin. *Ass.* : M. Azerad.	Busson.	Chambon, Bourel, Le Roy, de Nobili, Mlle Vigneron.
M. Stévenin. *Ass.* : M. Azoulay.	Bons.	Desseigne, Maillard, Brun, Constenoble, Traut.
M. Sainton. *Ass.* : M. Bourgeois.	Mme Arager.	Tanret, Corcos, Delattre, Laurian, Caudron.
M. Halbron. *Ass.* M. J. Lenormand.	Didier-Hesse.	Mlle Helmau, MM. Camus, Mouchotte, Goumé, Nakache, Mathieu-Baugendre.
Chirurgien Prof. Cunéo. *Ass.* : MM. Bloch, Senèque. MM. Meillère, Banzet. Chefs de clinique. M. Nicolas. Chef de laboratoire	Gosset, Zagdoun, Mouchet, Cordier, Baumann.	Gillet, Ahard, Simon, Fauré, Denoix, Carosso, de Stoppani, Martin, Rault, Champagne, Destouches, Vassal, Duflot, Prialnik. Mlles Bonnenfant, Abrahani.
Ophtalmologiste Prof. Terrien. *Ass.* : MM. Dollfus, Veil. *Sup.* : M. Hermann. MM. Renard, Blum. Chefs de clinique. Mlle Braun, M. Dupuy-Dutemps. Chefs de clinique adj. M. Hudelo. Chef de laboratoire.	Aboulker. Guillaumat.	Rocher, Bousseau, Desseigne, Quentin, Felginos, Pellier (*ext. pr.*).
Accoucheur M. Chirié. *Ass.* : M.	Gahinet, Camelot.	Brochard, Vincent, Auclair, Losay, Lecat, Launegrace.
Consultat. médecine M. Gutmann. *Ass.* : M. Baugeard.	Mlle Abadie (*ext. pr.*).	Arnaus, Pouliquen, Viennot. Djian.
Consultat. chirurgie M. Cahen.		Motte, Fournée, Hacker.
Consult. de stomatol. M. Beliard. *Adj.* : M. Vilenski. *Ass.* : M. Merville.		Mlle Marion. M. Bornet. (*en surnombre jusqu'au 1er mars*) M. Ch. Prunet.

Physiothérapie : M. Dausset, chef du service central.
Electro-radiologie :
Ass. : MM. Lagarenne, Colombier, Dioclès, Chenilleau.
Pharmacien : M. Tiffeneau.

HOSPICE D'IVRY. — Directeur : M. Bidault.

Avenue de la République, à Ivry (*Seine*). — Tél. : Gobelins 04-75.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Jacob.	Brocard, Gaultier.	Michaut, Schaffer, Weydert. Girault, Temine, Zuckermann.
Chroniques Admissions		Rouzand. Mlle Balossini.
M. Cain. *Ass.* : M. Oury.	Mlle Barnaud.	Tissot. Claude, Soudée. Mlles Sachnine, Ballossini.

HOSPICE D'IVRY (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Chirurgien M. Martin. *Ass.* : M. N...	MM. Viala, Sabourin.	MM. Mme Kiriloff, MM. Hersfeld, Girard.

Stomatologiste : M. Cabrol.
Electro-radiologie : M. Pestel, chef du service central.
Chef adj. : M. Delapchier.
Pharmacien : M. Charonnat.

HOPITAL LAENNEC. — Directeur : M. Cornevin.

42, *rue de Sèvres*. — Tél. : Littré 20-95 et 53-21.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. Léon Bernard. MM. Mayer, Marie, Triboulet, Pellissier, Lamy. Chefs de clinique.	Penault (Marcel).	Schneider, Millot, Fourault, Bertheau, Mayaud, Scemama, Mlles Mahieu, Dumans.
Serv. de la Crèche. Prof. Léon Bernard.		Dehaye, Gross.
M. Rist.	Trocmé.	Mlle Dupont. MM. Gaignerot, Jacobesco, Gouzonnat, de Rocca Serra, Pasquier, Le Breton, Neumann.
Serv. des Femmes tuberculeuses (3 baraquements). M. Rist.	Benzaquen.	Dartigue, Plicque, Kipfer, Dreyfus, Garelly, Mlle Hahn.
Dispensaire Léon-Bourgeois. Prof. Léon Bernard. *Ass.* : M.		Geismar, Trombert, Lepetz.
M. Rist.		Picot, Maschas, Cerf.
M. André Jousset. *Ass.* : M. Guérin.	Gadaud.	Amigues, Ganière, Montagne, Mme Jousset.
M. L. Ramond. *Ass.* : M. Vialard.	Lafitte.	Rudaux, Vidart, Bernard (J.), Villaret.
M. René Benard. *Ass.* : M. Even.	Klotz.	Laporte, Deuquet, Derieux, Vincent.
Chirurgiens M. Proust. *Ass.* : MM. Houdard, Maurer	Judet, Lejeune (Jean), Monod.	Perigaud, Cornelet, Laurent, Torrel, Bellotte, Thaon, Dos Ghali, Billard, Mme Aldou.
Service temporaire de méd. générale. M. Paraf.	Abaza (*Int. tit. f. f. d'ext. pr.*).	Ortholan, Morin, Statlender, Blanc.
Service d'oto-rhino-laryngologie M. H. Bourgeois. *Ass.* : M. André Marion.	Lapiné, Sourice.	Perrot. Le Pavec, Gallot. Rosenberg.
Serv. d'ophtalmolog. M. Cantonnet. *Ass.* : MM. Besnard, Felliozat.	Lemoine.	Fauvet, Catinat (*ext. en pr.*), Ingrand.
Consultat. médecine M. Jean Celice. *Ass.* : M. Marceron.	Grossiord.	Martin, Vincent.
Consultat. chirurgie M. Proust. *Ass.* : MM. Houdard, Maurer.		Girard, Laurent.

Stomatologiste : M. Darcissac.
Electro-radiologie : M. Maingot, Chef du service central.
Adj. (f. f.) M. Portret. — *Ass.* MM. Jouveau-Dubreuil, Hélie. — *Ext.* M. Maingny.
Pharmacien : M. Couroux.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — Directeur : M. Tremblay.

2, *rue Ambroise-Paré*. — Tél. : Trudaine 02-16.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Rivet. *Ass.* : M. Hirschberg.	Valensi (G.).	Mignon, Tardiveau, Monin, Bour. Mlles Lorain, Bataille, Haguenauer.
M. Gandy.	Tavennec.	Catz, Burel, Goldman, Mendelsohn, Poncet, Oger, Maleyrie.
M. Garnier. *Ass.* : M. Nicaud.	Bréhier.	Zivi, Salvator, Franchel, Leschi, Besson, Mitrani.
Serv. des tubercul. M. Garnier.		Lobel, Barry.
M. Clerc. *Ass.* : M. Bascouret.	Sterne.	Gérard (R.), Jacquet, Olivier, Meyroud, Rabout, Rozée-Belle Isle, Baudouin.
M. Herscher. *Ass.* : M. Roberti.	Puymartin.	Michaut, Rovéanu, Martel, Charlot, Gross, Rouéame, Saie, Chancerel. Mlle Chessebeuf.

HOPITAL LARIBOISIÈRE (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Chirurgiens M. Heitz-Boyer. *Ass.* : MM. Marsan, Flandrin. *Ass. de consult.* : M. Chagnon.	MM. Laffaille, Vialle.	MM. Sobieski, Pereton, Cohen-Solal, Fenichal, Bircovici, Brami, Puybaret, Demart, Tupvio (Salomon).
M. Sauvé.	Moyse, Capandji, Barrier.	Mlles Saint-Paul, Fournier, MM. Saïdi, Tanigault, Carrière, Davidovici, Crescensi.
M. Cadenat. *Ass.* : M.	Bertrand (Pierre), Lebel, Palmer.	Jouanneau, Moïsesco, Gerbet, Bauer, Bombigher, Combes, Bardon.
M. Wiart. *Ass.* : M. Raymond Bernard.	Falaise, Hepp, Chauveau.	Mlles Barnaud, Durrande, MM. Morin, Lazar, Meyer, Bellin.
Serv. des chroniques M. Wiart		Mlle Eyraud.
Clinique d'oto-rhino laryngologie Prof. Lemaitre. MM. Maduro, Remy-Néris, Chefs de clinique. M. Ardouin, Chef de laboratoire. M. Baudouin, Attaché médical. *Ass.* : MM. Bruker, Jourdan.	Hamelin (R.), Thomas. Coussieux (*en surnombre*).	Chaillouet, Puistienne, Guttières, Simonin, Sobel, Renaud, Marie (René).
Serv. d'ophtalmolog M. Poulard. *Ass.* : M. Parfoury, Camps.	Chennevière, Joseph (Et.).	Grosbois, Imbona, Giraud, Grau, Arnoux.
Accoucheur M. Devraigne.	Marx. Durrbach.	Molinery, Mirteau. Hébert, Cleuet, Monier, Mlle Comby.
Consultat. médecine M. Hamburger. *Ass.* : M. Courtin.	Marre (*ext. pr.*).	Klein (Ludovic), Hubermann, Escaré, Guérin.
Consultat. chirurgie M. Raymond Bernard. *Ass.* : M. Kauffmann.		
Consult. de stomatol. M. Rousseau-Decelle. *Adj.* : M. Crocquefer. *Ass.* : M. Béal.		Normand, Mlle Grinblatte.

Electro-radiologie : M. Haret, chef du service central. — *Chef-adj.* : M. H. Beau. — *Ass.* : MM. Duval, Rebuffel, Surrel. — *Ext.* : Mme Petitet, MM. Livorni, N...
Pharmacien : M. N....

MAISON DE RETRAITE DE LA ROCHEFOUCAULD.

Directeur : M. Richel.
15, *avenue d'Orléans*. — Tél. : Gobelins 25-53.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Tinel.	Eck, Seidemann.	Pottier, Gailhard, Calvet, Lapierre, Dufour.
Serv. des tubercul. M. Tinel.		

Stomatologiste : M. Lebeoinsky.
Poste de radioscopie : *Ass.* : M. Falcoz.
Pharmacien : M. Sommelet. — *Int.* : Mlle Lackenbacher.

INSTITUTION SAINTE-PÉRINE.

Directeur : M. Carré.
69, *rue du Point du Jour*. — Tél. : Auteuil 02-47.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Paul Jacquet.	Raymond, Laroche.	

MAISON DE RETRAITE CHARDON-LAGACHE.

Directeur : M. Carré.
69, *rue du Point du Jour*. — Tél. Auteuil 02-47.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Paul Jacquet.	Raymond, Laroche.	

FONDATION ROSSINI

Directeur : M. Carré.
69, rue du Point-du-Jour. — Tél. : Auteuil 02-47.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. Paul Jacquet.	Raymond, Laroche.	

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — Direct. : M. Sourdoire.

200, *faubourg Saint-Denis*. — Tél. : Nord 16-07.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. Weill.	Langlois.	Mlle Delage, Gelbert (Jean), Mlle Lecour, Dragomiresco, Vincent (Jean), Paris.
M. Donzelot.	Uhry.	Divet, Mlle Morel, Krakowski, Avenier.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Chirurgien M. GUIMBELLOT.	MM. Ménétrel. Beaufils.	MM. Stutinski, Audry, Gibon, Deroide, Corrion, Monnier, di Matteo.

Electro-radiologie : M. AIMÉ, chef du service central. — *Adj.* (f. f.) M ORDIONI.
Pharmacien : M. MASCRÉ.

HOPITAL DE LA MATERNITÉ. — Directeur : M. PIDET.
123, *boulevard de Port-Royal.* — Tél. : Odéon 04-17.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Accoucheur M. LE LORIER.	Medler (Amid), Gorecki.	Mme Marchand, Mlles Mignon, Pouidessault.

Stomatologiste : M. LEBEDINSKY.
Electro-radiologie : M. LÉVY-LEBHAR.
Pharmacien : M. PICON.

MATERNITE NOUVELLE

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
M. DESNOYERS.	Lachmann.	Cabessa, Mme Mowszowicz.

HOSPICE DES MÉNAGES (ISSY). — Direct. : M. WILDERS.
Tél. : Vaugirard 12-19.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. BRODIN.	Peuey (Marcel),	Taveau, Maynadier, Le Duc, Giraud.
Chirurgien M. LARDENNOIS. Ass. : M. Madier.	Bocquentin, Bruneton, Chômet.	Meynard (Max), Dastugue, Vancastenoble, Chatain (*ext. en pr.*), Lartigue, Sierra, Chevallier.

Poste de radioscopie : Mme TEDESCO.
Pharmacien : M. FABRE.

GROUPE HOSPITALIER NECKER, ENFANTS-MALADES
Directeur : M. TISNÈS. — 151, *rue de Sèvres.* — Tél. : Ségur 07-25.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. BROUARDEL. Ass. : M. Renard.	Guilly.	Puichasowicz, Bagot, Gruppe, Robert (Jean). Mlle Laurens.
Prof. Maurice Villaret. Ass. : M. Bith.	Fauvert.	Duval (Alain), Fonteneau, Guermann, Brosson, Durié, Guillemin (*en supp.*).
LÆDERICH.	Beauchesne.	Fabre, Cailieux, Roy (André), Cormélié.
M. LÉON BINET.	Messimy.	Bzowski, Rabourdin, Menetrier, Laigle.
Chirurgiens Prof. LEGUEU. Ass. : M. Fey. MM. Lieutaud, Maximin. Chefs de clinique.	Beuzart, Fayot.	Raisonnier, Poirier, Morgan (Gilbert), Thésée, Lesviovitsch, Davidovici. Sach, Petresco. Mmes Orgeolet, Sachs.
M. ROBINEAU.	Asselin, Blanquine, Sterin.	Lebouchard, Joly (Max), El Baz, Bakhouche, Chassague, Feuillette, Mlle Adda.
M. SCHWARTZ. Ass. : M. Huard.	Mariau, Herbert.	Mlle Trocmé, Mme Maugenest, MM. Botreau-Roussel, Baulande, Maugenest.
Consultat. médecine M. HAGUENAU. Ass. : M. Thomas.	Lanthier (*ext. pr.*)	Weil (Victor), Lacheny.
Consultat. chirurgie M. LAPEYRE. Ass. :		Osenat, Duflos.
Consult. de stomatol. M. GORNOUEC. Ass. : M. Chufard.		

Electro-radiologie : M. L. GUIBERT, chef du service central. M. PETIT, chef de serv. adj. — *Ass.* : Mme Baude. — *Ext.* : M. Irailovici.
Pharmacien : M. FABRE.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Directeur : M. BOUCHET.
83, *boulevard de l'Hôpital.* — Tél. : Gobelins 84-84.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins (Clin. thér. méd.). Prof. RATHERY. Ass. : M. Froment. Mlle DREYFUS-SÉE, MM. BOLTANSKY, RUDOLF. Chefs de clinique. M. DOUBROW, Mlle DUBOIS. Chefs de laboratoire. Ass. de radiologie : M. Piffault.	Terrenoire, Mlle Jammet.	Mlles Sainton, Thierry, Mme Maury, MM. Tiffeneau, Ducros, Debouvey.

HOPITAL DE LA PITIÉ (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
M. AUBERTIN Ass. : M. Lévy (Robert).	MM. Wester.	MM. Horeau, Campesco, Grenet, Beauchef, Viault, Kasatzker.
M. VINCENT. Ass. : M. Thiébaut.	Lemoyne.	Daum (Sigismond), de Chabert-Ostland, Duchemin, Duflo, Baudard, Daverne.
M. LOEPER. Ass. : M. Lemaire (A.).	Merklen.	Turlotte, Roche, Beurdeley, Picard, Gillet, Truelle, Lesobu.
(Clin. méd.). Prof. MARCEL LABBÉ. MM. AZERAD, JUSTIN-BESANÇON, GILBERT-DREYFUS. Chefs de clinique. MM Nepveux, Escalier. Chefs de labor.	Goldberg.	Mallet (Robert), Milovanowitch, Vincent (G.), Reynaud (L.), Mathey, Creusot, Imbena.
M. LAIGNEL-LAVASTINE. Ass. : M. Georges (Paul).	Cacuira, Reyt (P.).	Mlles Maire, Rohlf, MM. Boquet, Blumenfeld, Picquart, Gaillard. Cochemé, Filderman, Martin (P.).
Chirurgiens Prof. LENORMANT. Ass. : M. Wilmoth.	Mérigot, Guibé, Contiadès.	Mlle Cottineau, MM. Dedoucoux, Mouti (Martin), Grégoire, Bonnel, Forget, Marchak, Barcat, Cotets.
M. CHEVRIER. Ass. : M. Desplas.	Mutricy, Elbim, Coen.	Mlles Barret, Dreulle, MM. Champsaur, Auslander, Krenner, Beaufils, Gazel, Deguillaume.
M. FREDET. Ass. : M. Oberlin.	Simon (Noël). Béchet, Rousset.	Rougier, Bergeron, Laure, Bouvier, Baussan, Gaudin, Lucquin, Teyssier.
Accoucheur Prof. JEANNIN. Mlles BRUGNER, Desbrousses, Choquart. Chefs de clinique. M. Saint-Mamvielle. Chef de labor.	Mlle Gautheron.	Mlles Besnard. Huard.
Consultat. médecine M. BOULIN. Ass. : M. Weill Spire.	Bour (*ext. pr.*).	Bakulin Ber, Batail, Maury.
Consultat. chirurgie M. MÉTIVET. Ass. : M. Canonne.		Grèze, Lemaire (R.), de Chirac.
Consult. d'oto-rhino-laryngologie. M. RAMADIER. Ass. : MM. Chaussé Natier.		Bousquet, Fekete, Maillard, Jamet.
Cons. ophtalmologie M CERISE.		Mlles Bonnot, Cazes.
Consult. de stomatol. M. BOZO. Adj. : M. Lattès. Ass. : M. Cabrol.		Friez, Petresco (f. f.).

Electro radiologie : M. DELHERM, Chef du service central. — *Chef-Adj.* : MM. Thoyer-Rozat, Morel-Kahn. — *Ass.* : MM. Delicncourt, Codet. Devois, Stuhl, Boileau, Chenot. — *Ext.* : MM. Salaun, Friszberg.
Pharmacien : M. MASCRÉ.

HOPITAL SAINT-ANTOINE.
Directeur : M. ROUS.
184, *rue du Faubourg-Saint-Antoine.* — Tél. : Diderot 09-03.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. BEZANÇON. MM. DELARUE, DURUY OUMANSKY Mlle PAU, M. WAHL Chefs de clinique. MM. M.-P. WEIL, GUILLAUMAIN, TRIBOUT, DUCHON, ETCHEGOIN. Chefs de labor.	Langlois. Meyer (André).	Mlles Barré, Delaage, MM. Lecœur, Falck, Sacquepée.
Serv. des tubercul. Prof. BEZANÇON.		Mlle Rouard. M. Sarradin.
Centre de triage. Prof. BEZANÇON. As. MM. Braun, Destouches, Mme Frey-Ragu, Mlle Scherrer		Parrot, Meyer, Fay.
M. CHABROL. Ass. : M. Maximin.	Cottet. Dany.	Soullard, Bourgin, Allos, Bondoux, Glénard, Doreau, Mlle Renier, MM. Claudet, Goudot, Laplagne, Bronstein, Gouraud.

HOPITAL SAINT-ANTOINE (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
M. FÉLIX RAMOND. Ass. : M. Chêne.	MM. Brisset (1er *sem.*). Carlotti (2e *sem.*). Brincourt (*ext pr.*).	MM. Mlle Renier.
M. Mathieu-Pierre WEIL.	Lançon.	Blumen, Bardery, Polak, Dragomiresco, Laumonnier, Maynadier.
M. FAURE-BAULIEU. Ass. :	Brandy.	Petit, de Maulmont, Parret, Mlle Demtchenko.
M. COMTE.	Koang.	Cauvy, Rudich, Magder, David (Isaac).
M. PAGNIEZ. Ass. : M. Plichet.		Pottier, Bourdeau, Achard. Jalk, Le Picard.
Service d'oto rhino-laryngol. M. GRIVOT. Ass. : M. Lallemant. Ass. de la consultat. M. Benech.	Fournié. Illaire.	Julien (Jean), David (René) Martin (G.), Fichet, Mlle Petit,
Chirurgiens Prof. LEJARS Ass. : M. Brocq, M. HUSSENSTEIN Chef de clinique. M G ET. Chef de laboratoire	Ollivier, Thorel. Perier.	Ayrignac, Hebert, Chabanon, Lignon. Silberstein, Artisson, Mlle Daubail.
M. BRÉCHOT.	Pergola, Villechaise, Grivaud.	Goico. Karabourbounis, Schapira, Laquintine, Azouz, Loiseau, Fournial.
Accoucheur M. LÉVY-SOLAL.	Lellouche, Fort.	Doukan, Vannier, Pannel, Moucholle, Mlle de Lœsching.
Consultat. médecine M. André JACQUELIN	Bonnet.	Siraga, Katz, Martin (Jean), Florence.
Service temporaire de médecine. M. WEISMANN-NETTER	Fourestier	Mlle Hautmann, MM. Aschkenazy, Stéphane Lévy, Broutman.
Consultat. chirurgie M. BRAINE. Ass. : M. Maximin.		Grenet, Ganot, Bouillé, Boutron.
Cons. d'ophtalmolog. M. VELTER. Ass. : Mlle Ostwalt		David, Gros, Metzquer.

Stomatologiste : M. THIBAULT. — *Ass.* : M. Lacaisse.
Electro-radiologie : M. SOLOMON, chef du service central. — M. GIBERT, chef adjoint. — *Ass.* : MM. Corbier, Marchand, Proust, Jandel, Tribout. — *Ext.* : M. Landau.
Pharmacien : M. HÉRISSEY.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — Directeur : M. JAMPY.
40 *et* 42, *rue Bichat.* — Tél. : Botz. 48-60.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. GOUGEROT. Ass. : MM Burnier, Blum. MM. CARTEAUD, COHEN, RAGU, Chefs de clinique. Mlle ELIASCHEFF (Histologie), MM. E. PEYRE (Bactériologie), CH. DESGREZ (Chimie), DUCHÉ, (Mycologie), GIRAUDEAU (Radiologie), JEAN MEYER (Photothérapie), Chefs de laboratoire.	Patte, Decourt.	Ripard, Meillon, Mattern, Raybout, Schatz, Ellenberger, Mme Legros, Mlle Thueux.
M. MILIAN. Ass. : MM. Perin, Lafourcade.	Lortat-Jacob, Baussan.	Nicaise, Vieuchange, Touzard, Wimphen, Opin, Sejdel, de Mestier du Bourg, Delalande.
M. RAVAUT. Ass. : MM. Ferrand, Bocage, Richon. M. RABEAU, Chef de laboratoire.	Mlle Valentin, Maisler.	Mandel, Mlle Millant. Roux Naud, Raphaël, Drizard, Glasermann, Pimpaneau, Mlle Saint-Cène.
M. SÉZARY. Ass. : MM Ducourtioux, Duruy, Horowitz. M. GEORGES LÉVY, Chef de laboratoire.	Lenègre, Gallot.	Lortat-Jacob, Dubarry, Parfus, Hinard, Vincent, Naud, Trau-Tan-Phat, Delzant.

HOPITAL SAINT-LOUIS (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
M. LOUSTE. Ass. : M. Thibaut.	MM. Bernard-Griffiths, Racine.	MM. Cauhepé, Ecklé, Vettier, Leibovici, Sarrazin, Michel, Tu-Chan-Cauh, Maillefer.
M. TOURAINE. Ass. : M. Solente.	Golé, Jean Hesse.	Cadet de Gassicourt, Lagaillarde, Michard, Maurice (Henri), Guittard, Baudet. Goez, Mme Blin.
Dispensaire. M. RIMÉ, Adj. : M. LÉPAGNOLE M. P. RENAULT, Chef de laboratoire.		
Médecine générale M. DUVOIR Ass. : M. Pollet.	Cachin.	Basset, Vivien, Piton, Yglésias, Schmid.
Chirurgiens M. CHIFOLIAU.	Lacoste, Franco, Pichon.	Placa, Le Roy, Gillet, Anglade, Rizoff, Perret (*ext. pr.*), Saliou, Neveu.
M. P. MOURE Ass. : MM. Chastang, Iselin.	Méguin, Guichard, Benoist.	Pétroff, Haguier, Pellerat, Mlle Lefèvre, Pierre-François, Vitanyi, Mercadier, Chastagnol, Charpentier.
M. LOUIS BAZY. Ass. : M. Galtier.	Robin, Davioud, Naggiar (1er *sem.*), Dürrbach (2e *sem.*).	Laubry, Lepoivre, Laurent, Tulou, Faye, Schaefer, Prunel, Vatner.
Urologie. M. GOUVERNEUR. Ass. : MM. Pascal. Tissot.	Aboulker, David (Maurice).	Fuchs, Thomas, Minc, Lambey, Viala, Lebrun, Krivine, Bonnet, Salmona.
Service d'oto-rhino-laryngol. M. HALPHEN. Ass. : M. Buneau. Ass. de cons. : M. Péroz.	Gaston, Lemaître.	Crépon, Pasqualini, Rosenbach, Angyal, Claudeville, Jouffroy.
Accoucheur M. CATHALA. Ass. : M. Lantuéjoul.	Delorme, D'Escrivan.	Segall, Le Foll, Kohen, Landès, Neveu.
Consultat. chirurgie M. RENÉ BLOCH. Ass. : M. Iselin.		Foret, Jancovici, Sztejn.
Service d'urologie. M. GOUVERNEUR. Ass. : M. Tissot.		Krivine, Viala, Bonnet, Salmona, Le Brun.

Annexe Grancher.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin M. BABONNEIX. Ass. : M. Cayla.	Mlles Riom, Willm.	Vallancien, Boudonnet, Giraudoux, Philippe, Maurage, Gisselbrecht, Simonin, Mlle Ternois.
Chirurgien M. ANDRÉ MARTIN Ass. : M. André Buquet.	Mlle Delon, MM. Graffin, Reboul.	Mlles Mouin, Vidal de la Blache, Benoist (*ext. pr.*), Froissant, Liermain, Comte. Dulac.
Service d'ophtalmol M. DUPUY-DUTEMPS. Ass. : M. Bégué.	Voisin.	Moreno (*ext. pr.*), Badinier, Gallant, Boulenger.
Consult. de stomatol. M. MAHÉ. Adj. : M. DECHAUME. Ass : M Chapard.		Caucanas, Widerkher.

Electro-radiologie : M. BELOT, Chef du serv. central. — MM. LEPENNETIER, et NADAL (f. f.), Chefs adjoints. — *Ass.* : MM. Nahan, Pelizza, Dubost, Hickel, Kimpel, Buhler, Juster, Giraudeau, Fidon. — *Ext.* : Mme Leblanc, Mlle Ruais, Mourgues.
Pharmacien : M LEROUX.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — Directeur : M. JORDY.
47, *boulevard de l'Hôpital.* — Tél. : Gobelins 84-90.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins Prof. GUILLAIN. MM. MICHAUD, THUREL, BIZE, ROUQUÈS. Chefs de clinique. MM. IVAN-BERTRAND, GARCIN, THÉVENARD, MATHIEU. Chefs de labor.	Guyot, Rudaux, Schwob.	Wattez, Duriez, Sexe, Goby, Liber, Astor, Mlle Seiffert.
M. CROUZON. Ass. : M. Christophe (Jean).	Mme Laquerrière, Gaucher.	Mlle Dutilleul, MM. Gordet, Antomarchi, Orsoni, Turchini, Ichard, Rodzinski, Forestier, Journe.
Infirm. du personnel et châlets. M. CROUZON.	Fabre.	

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
M. HUBER.	MM.	MM.
M. BARBÉ.	Delay.	
M. VURPAS.	Corman.	
Service temporaire. M. MOUQUIN.	Stewart, *ext. en premier.*	Moulle, Martinot, Piraud, Charousset.
M. Léon-Kindberg.	Robert (Paul).	Florès, Offret (*ext. pr.*), Tallet, Krug, Reignier, Mlles Despax, Dubois.
Service de médecine matern. et infant. M. RIBADEAU-DUMAS. Ass. : M. René Mathieu.	Rault.	Mlle Coste, Mme Bourgeois, MM. Netler, Pouyol, Ferval, Mme Julia.
Chirurgien Prof. GOSSET. Ass. : MM. Charrier, Petit-Dutaillis. MM. GUTMANN, JAHIEL, Mlle Harmelin. Ass. médicaux. MM. Funck-Brentano, LECŒUR, AUDOUIN. Chefs de clinique. MM MAGROU, ROUCHÉ, Chefs de laboratoire. M. Ledoux-Lebard. Ass. de Radiologie.	Sicard (Méd. d'Or). Dufour (André), Guiheneuc, Benaerts.	Depierre, Mouneau, Dugrenot, Debelut, Picard, Regard, Luteran, Bigey et Maitorg (*ext. pr.*), Lascaux.
Centre de prothèse M. GUILLY. Adj. : M. Sassier.		

Electro-radiologie : M. BOURGUIGNON, Chef du serv. central. — M. THIBONNEAU, Chef adjoint. — *Ass.* : MM. Humbert, Mathieu. — *Ext.* : Malmed. — Chargé de cours : M. LEDOUX-LEBARD.
Pharmacien : M. ANDRÉ.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER.
Directeur : M. PIDET. — 89, *rue d'Assas.* — Tél. : Danton 49-78.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Accoucheur Prof. BRINDEAU. M. VAUDESCAL. Agrégé. MM. BIDOIRE, Bompart, BUCQUOY. Chefs de clinique. MM. CARTIER, HINGLAIS Chefs de laboratoire.	Jarousse.	Mlle Malau, MM. Desrosiers, Lardenois, Rogé, Martini.

Stomatologiste : M. LEBEDINSKY.
Pharmacien : Mlle BONAVE.

HOPITAL TENON. — Directeur : M. BRUNOT.
4, *rue de la Chine.* — Tél. : Ménilmontant 88-40

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. LIAN. Ass. : M. Blondel.	Pautrat.	Gaquière, Florence, Arviset, Mazingarbe.
Serv. de chroniques. M. LIAN.		Pauchard.
M. P.-Emile WEIL. Ass. : M. Isch-Wall.	Boussert.	Mlle Perlès, Ovary Zoltan, Cordebar, Meyer (Moïse).
M. BRULÉ. Ass. M. Hillemand.	Gilbrin.	Gaube, Grepinet, Desfrançois, Filhoulaud, Rouvillois, Ebstein.
M. ROUILLARD.	Bolgert.	Frouin, Thomeret, Huchet, Genestoux, Goutner, Lespinat.
M. LÉCHELLE.	Joseph (Marcel).	Audouard, Bouchacourt, Mignot, Longuet (Yves), Joseph, Mlle Melou.
M. MAY. Ass. M. Ollivier.	Fau, Debray	Rosanoff, Bobard, Thevenin, Tricault, Legroux, Garcin, Lepintre, Georget.
M. PRUVOST. Ass. : MM. Pignot, Pinoche.	Henrion.	Elenne, Janette-Walen, Pollak, Mlle Commerson, Lepretre, Guiot, Depardieu, Milliez, Coupin.
M. LAROCHE. Ass. : M. Servel.	Coste.	Delord, Gratier, Dehouve, Loiseau.
Chirurgiens M. ROUX-BERGER. Ass. : M. de Gaudart d'Allaines.	Jourdan, Bernard, Bufnoir.	Thomas, Goeré, Zwillenger, Austerweil, Cau, Mme Capitaine.
M. GERNEZ. Ass. : M. Moulonguet.	Hervy, Salomon, Hécart.	Bécuwe, Ferrari, Debray, Cahen, Bugaud, Longraye.

HOPITAL TENON (*suite*).

	MM.	MM.
M. GRÉGOIRE. Ass. : M. Michon.	Petit (Pierre), Martin (René), Gasné.	Adam, Lucas, Souriac, Guenou des Menards, Fischer, Debont, Oudot, Mlle Marquis.
Accoucheur M. ECALLE.	Soyer, Soulignac.	Vautier, Caratroli, Boëlle, Simart, Mlle Griboval.
Oto-rhino-laryngologie. M. HAUTANT. *Ass.* : Marcel Ombrédanne. *Ass. de cons.* : Marx.	Berard, Sergent.	Laval, Fabre, Zeller, Muridsany, Hofmann, Jouannard.
Ophtalmologie. M. MAGITOT. *Ass.* : D'Autrevaux. Tillé.	Pierre Morax.	Dubois, Dijon, Mlle Burdin.
Consultat. médecine M. SCHULMANN. *Ass.* : Françoise Lévy.	Benassy (*ext. en pr.*).	Mlle Bujeaud, Raison, Brawermann.
Consultat. chirurgie M. FÈVRE. Ass. : M. Coudert.		Kerambrun, Léon Barbier, Laguzet.

Electro-radiologie : M DARBOIS, Chef du service central. Ass. : MM. Marchal, Descoust, Eudoyer. — *Adj.* M. HUET.
Lab. de Curiethérapie : M. MALLET, Chef de laboratoire. — M. COLIEZ, Chef-adjoint.
Stomatologiste : M. LACRONIQUE (f. f.)
Consultation du soir : M. TOURAINE. — *Ass.*: M. Fouet. — M. X., chef de laboratoire.
Pharmacien : M. BACH.

HOPITAL TROUSSEAU. — Directeur : M. FEFFER.

158, *avenue du Général Michel-Bizot.* — Tél. : Diderot 96-71.

Médecins M. LESNÉ. Ass. : M. Lièvre.	Guillain (Pierre).	Gillon, Mlles Aghion, Buttuer, Salambiez, Epstein, Cotton, Weissberg.
M. PAISSEAU.	Tournant (Pierre).	Mme Gibert, Mlle Challiot, MM. Picart, Sicard, Martin, Herrenschmidt.

HOPITAL TROUSSEAU (*suite*).

	MM.	MM.
Serv. de la Diphtérie M. LESNÉ.	Boquien.	
Serv. des contagieux M. PAISSEAU.	Patey.	
Chirurgien M. SORREL. *Ass.* : M. Oberthür. *Ass. de consult.* : Mme Sorrel-Dejerine. *Ass. d'orthopédie* : Mme Legrand-Lambling.	Limasset, Roquejoffre, Loutsch.	Flory, Royer, Raymondaud, Loze, Walther, Mlles Lods, Duclaux, Wirz, Lemarchand.
Consultat. médecine M. JANET. *Ass.* : M. Vallery-Radot.	Mlle Huguet, *ext. en premier.*	Mme Stéphane Boulle, Mlles Valette, Kapp, Tunkelstene.
Service d'oto-rhino-laryngologie. M. ROUGET. *Ass.* : MM. Lemariey, Ferrand, Massier.	Hamon.	Tran-Ba-Huy, Maillard, Sallé, Gauzé, Céoara,
Cons. ophtalmologie *Ass.* : M. Piélat. *Sup.* :		Valetta.

Stomatologiste : M. LEMERLE. *Ass.* M. MÉNARD.
Electro-radiologie : M. MAHAR, chef du serv. central. — *Ass.* : M. Damon.
Pharmacien : M. HAZARD.

HOPITAL DE VAUGIRARD. — Directeur: M. LECLERC.

Fondation franco-brésilienne.
Clinique de thérapeutique chirurgicale de la Facnlté de Médecine.
389, *rue de Vaugirard.* — Tél. : Vaug. 46-09.

Chirurgien Prof. P. DUVAL. *Ass.* : MM. Gatellier, Gueulette. MM. REDON, MERLE D'AUBIGNÉ, DULAC. Chefs de clinique. MM. F MOUTIER, GOIFFON. Chefs de laboratoire. MM. H BÉCLÈRE, DUPOUY. Radiologistes.	Baudelot, Van der Elst, Billet.	Colfedy, de Botton (*ext. pr.*), Weill, Biardeau, Sevilano, Fretet, Sikorar, Rault, Cauchoix, Morel-Fatio, Mlle Olivier.

HOPITAL DE VAUGIRARD (*suite*).

	MM.	MM.
M. BELOUX, Attaché médical.		

Stomatologiste : M. L'HIRONDEL.
Electro-radiologie : M. H. BÉCLÈRE, chef du service central. — M. N., chef-adjoint. — *Ass.* : M. Dupouy.
Pharmacien : M. CHÉRAMY.

INSTITUT DU CANCER DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

16 *bis, Av. des Ecoles, Villejuif.* Tél. Italie 11-62. **Directeur** : Prof. G. ROUSSY. *Lab. d'Anat. Pathol.* : Chef de serv. : Prof. Agr. LEROUX; prép. : MM. VERMES et PERROT; *Lab. Ch. et Ch. Phys.* : Chef de serv. : Prof. Agr. SANNIÉ; prép. : Mlle ABRAGAM, M. TRUHANT; *Lab. Cyto-Biol.* : Chef de serv. : Prof. Agr. VERNE; prép. : M. ODIETTE; *Lab. Bact.* : Chef de serv. : M. GUY, prép. : Mlle Marchal; *Lab. Méd. Ex.* : Chef de serv. : Prof. Agr. OBERLING; prép. : M. GUÉRIN.

INFIRMERIE SPÉCIALE DES ALIÉNÉS PRÈS LA PRÉFECTURE DE POLICE

3, *quai de l'Horloge.* — Tél. : Odéon 21-66.

Médecin-chef M. DE CLÉRAMBAUT.	—	
Médecin-chef adj. M. LOGRE.	—	
Médecin adjoint M. HEUYER.		

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE). — Directeur : M. HEDIN.

1, *rue Cabanis.* — Tél. : Gobelins 04-77 et 20-74.
CLIN. DE LA FACULTÉ : Gob. 68-70; SERV. DE CHIRURGIE : Gob. 15-95; INTERNES : Gob. 92-67.

Clinique de la Faculté Prof. CLAUDE. MM. Lévy-Valensi, agrégé, MIGAULT, Leguillant, MASQUIN, EY. Chefs de clinique. MM CUEL, Mlle Bonnard. Chefs de laboratoire.		
Asile M. LEROY. (1re section femmes). M. CAPGRAS. (2e section femmes). M. MARCHAND. (1re section hommes). M. TRUELLE. (2e section hommes).		
Serv. de l'admission M. SIMON.		

ASILE CLINIQUE (SAINTE-ANNE) [*suite*].

	MM.	MM.
Chir. des Asiles M. MAUCLAIRE. *Ass.* : M. Bloch.	Thomas, Bernadou.	

Stomatologiste : M. PIETKIEWICZ.
Pharmacien : M. LEVÊQUE.

HOPITAL HENRI-ROUSSELLE (Serv. libre de prophyl. mentale).

Directeur-médecin : M. TOULOUSE. — Tél. : Gobelins 95-04.

Médecins MM. Dupouy, Teissaire. *Résid.* : M. COURTOIS. *Ass.* : Mlle Badonnel. MM. Eichard, Schiff, Montasut. *Serv. sp.* : M. Male.		
Consult. médecine Mme Schiff née Werthaimer, M. MAURICE VINCENT. — MM. Laugier, Delaville. Chefs de laboratoire.		

CLINIQUE ANNEXE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

Directeur : M. le Directeur de l'hôpital de Vaugirard.
379, *rue de Vaugirard.*

Médecin M. HEUYER. M. DUBLINEAU. Chef de clinique.	Mme Bernard-Pichon.	Mlle Huet. M. Kurossi.

LABORATOIRES DÉPARTEMENTAUX D'ÉLECTRORADIOLOGIE

153, *rue Lamarck.* — Tél. : Marcadet 19-36.
189, *rue Vercingétorix.* — Tél. : Vaugirard 30-15.

Médecins M. DESMOULINS, Chef de service. MM. CHEMIN, LEGOFF, Chefs de service adj. *Adj.* : MM. Stoianoff, Ordioni, Pelizza		

DISPENSAIRE ANTI-VÉNÉRIEN DE SAINT-LAZARE

(Dispensaire TOUSSAINT-BARTHÉLEMY). 107 bis, *rue du Faub. Saint-Denis*

Médecins MM. EMERY, SÉE, Lacapère, Clément-Simon, FERNET, Lévy-Bing,		

DISPENSAIRE ANTI-VÉNÉRIEN DE SAINT-LAZARE (*suite*).

BIZARD, BELGODÈRE, Chalet, Morin, G. Lévy, DURŒUX.		
Ass. : MM. Galliot, Bralez, R. Girard, P. Boyer, Demerliac.		
Chefs de labor. MM. LÉVY, RABREAU.		
Secrétaire M. JULES GEOFFRET.		

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE, VAL-DE-GRACE.

277 *bis, rue Saint-Jacques, Paris* (*Ve*).
Tél. : Odéon 06-56, 26-43, 37-66, 45-19 et 53-41.
Directeur : M. ROUVILLOIS, médecin général.
Médecin-chef de l'hôpital militaire : M. MORVAN, médecin général.

Chirurgiens

1re Division de blessés : M. le médecin lieut.-colonel LACAZE, prof. agr.

2e Division de blessés : M. le médecin lieutenant-colonel PAITRE, prof.; M. le médecin capitaine BONNET, prof. agrégé.

3e Division de blessés. — **Ophtalmologie et Oto-rhino-laryngologie** : M. le médecin lieutenant-colonel WORMS, professeur. M. le médecin capitaine GERMAIN, prof. agr.

4e Division de blessés : **Urologie** . M. le méd. lieut. col. MAISONNET, prof. M. le médecin capitaine TALBOT, prof. agr.

Médecins

1re Division de fiévreux : M. le médecin comm. COSTEDOAT, prof. agr.

2e Division de fiévreux : M. le médecin lieut.-colon. PILOD, prof.

3e Division de fiévreux : M. le médecin comm. CODVELLE, prof. agr.

Contagieux : M. le médecin commandant ZŒLLER, professeur.

Dermato vénéréologie : M. le médecin commandant JAME, prof. agr.

Neuro-psychiatrie : M. le médecin comm. FRIBOURG-BLANC, professeur; M. le médecin commandant GAUTHIER, prof. agrégé.

Stomatologie : M. le médecin lieutenant-colonel BERCHER.

Radiologie et Physiothérapie : M. le médecin commandant CHAUMET, prof.; M. le médecin capitaine DIDIÉE, prof. agrégé; M. le médecin colonel PASTEUR.

Laboratoire de Bactériologie : M. le médecin commandant ZŒLLER, professeur.

SERVICES DÉPARTEMENTAUX

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES

SANATORIUM D'ANGICOURT. — Directeur : M. LEGRIS.

Médecin-chef : M BUC.; Médecins assistants : MM. Andrieux, Fourès, Ponce; Assistant de pharmacie : M. PICAT.

GALIGNANI ET BELŒUIL. — Directeur : M. LE MAISTRE.

89, *boulevard Bineau* et 57, *rue Borghèse, à Neuilly-sur-Seine.*
Médecin : M. MARÉCHAL; Assistant : M. Cauchemez.

HOSPICES SAINT-MICHEL ET LENOIR-JOUSSERAND.

Directeur : M. ROUS. — 10, *avenue Victor-Hugo, à Saint-Mandé.*
Tél. : Diderot 11-71.
Médecin : M. LAFOSSE.

ÉTABLISSEMENTS MARINS DE LA VILLE DE PARIS A SAN SALVADOUR (VAR). — Directeur : M. GUIOL.

Médecin-chef : M. FOHANNO; Médecins-résidents : Mlles Jean et Roussy.

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL-BROUSSE ET CENTRE ANTICANCÉREUX DE LA BANLIEUE PARISIENNE

Avenue des Ecoles, à Villejuif. — Tél. Gob. 44-33. Ital. 11-57.
Directeur de l'Hospice : M. BLEY. — Directeur du Centre : Prof. ROUSSY.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecin-chef M. ROUSSY.	MM. Dupont, Rosenrauch, Longraye, Clary et Wolfin.	
Médecins MM. Lhermitte, Méténier.	Mlle Parturier, Albessar.	
Chirurgien M. CHASTENET DE GERY.	Mme Pichon.	
Radiologie Mme LABORDE, Chef serv. de curieth. M. L. WICKHAM, M. AMAN-JEAN. Assistant de radiol. M. DEMOURS-AUGUSTE. Chargé du lab. de rad.		

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL BROUSSE ET CENTRE ANTICANCÉREUX DE LA BANLIEUE PARISIENNE (*suite*).

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins-adjoints Mlle GABRIELLE LEVY. M. R. HUGUENIN. *Ass.* MM. de Massary, Foulon.		
Laboratoire M. Peyre. Chef de laboratoire.		
Oto-rhino-laryngol. MM. Ghabert, Huet, Marion.		
Gastro-entérologie M. GUTMANN.		

Ophtalmologie : M. BOLLACK.
Stomatologiste : M. PÉLISSIER. — **Pharmacien** : M. BRUNEL.

ASILE DE VAUCLUSE, A ÉPINAY-SUR-ORGE (SEINE-ET-OISE). — Tél. : 55 à Juvisy.

Directeur : M. GUSTAVE RIVET.
Médecins : MM. COURBON (Division femmes); GENIL-PERRIN (Division hommes); Colonie de Vaucluse : M. Brissot; Stomatologiste : M. Pélissier; Pharmacien : M. Gautier.

ASILE DE VILLE-ÉVRARD, A NEUILLY-SUR-MARNE (SEINE-ET-OISE). — Tél. : 6 à Neuilly-sur-Marne.

Directeur : Dr NOEL CAZALS.
Médecins : MM. RODIET (Division hommes); MIGNOT (Division femmes); Stomatologiste : M. Plumet; Pharmacien : M. Malmy.

MAISON SPÉCIALE DE SANTÉ DE NEUILLY-SUR-MARNE (SEINE-ET-OISE).

Tél. : 6 à Neuilly-sur-Marne. — Directeur : Dr NOEL CAZALS.
Médecin : M. PETIT.

ASILE DE VILLEJUIF (SEINE).

Tél. : Gobelins 10-43. — Directeur : M. BERTHET.
Médecins : M. GUIRAUD, Mlle DESCHAMPS (1re Section hommes); MM. DUCOSTÉ, MICOUD (2e Section hommes); MM. PAUL ABELY, COULÉON (3e Section hommes); M. ROGUES DE FURSAC, Mlle DÉROMBICS (1re Section femmes); M. XAVIER ABÉLY, Mlle TRESCHE (2e Section femmes); Stomatologiste : M. Charon; Pharmacien : M. Fleury.

ASILE DE MAISON-BLANCHE, A NEUILLY-SUR-MARNE (SEINE-ET-OISE).

Tél. : 11 et 40 à Neuilly-sur-Marne.
Directeur : M. PIERRE GOUZY.
Médecins : Mlle PASCAL (1re Section); M. BAUDOUIN (2e Section); M. GOURIOU (3e Section); M. DEMAY (4e Section); Stomatologiste : M. Pigot; Pharmacien : M. Souèges; Crèche : M. Gouzy.

ASILE DE MOISSELLES, A MOISSELLES (Seine-et-Oise).

Tél. : 8 à Moiselles.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Directeur-médecin M. SENGÈS.	MM. Delmond.	MM.

Stomatologiste : M. HELLION.

COLONIE FAMILIALE DE DUN-SUR-AURON (CHER).

Directeur-médecin : M. PASTUREL; Médecin chef de service : M. CHANÈS; Assistants : MM. Morin, Dupont.

COLONIE FAMILIALE D'AINAY-LE-CHATEAU (ALLIER)

Directeur-médecin, M. J. VIÉ; Médecin-assistant : M. STASSEVITCH.

ASILE AGRICOLE DE CHEZAL-BENOIT (CHER).

Directeur-médecin : M. BRIAU; Médecin-assistant, M. ORDOWSKI.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE

Avenue de la République, à Nanterre. — Tél. : 10-36 à Nanterre.
Directeur : M. BEAUFORT.

CHEFS DE SERVICE	INTERNES	EXTERNES
Médecins M. FRANÇOIS-DAINVILLE. — M. FRANÇAIS (Henri). — M. MICHAUX. — M. LASNIER. *Supp.* : M. Bith.	MM. Vernotte, Sauné, Mlle Laporte, Carrié, Hamel, Martin, Ingrand, Gruchet, Gossard,	
Chirurgiens MM. Français (Raymond), SÉNÉCHAL.	Reynaud, Bailey, Bouroullec, Luthereau.	
Maladies cutanées et syphilitiques. M. THIBAUT.		
Ophtalmologie M. DESCOLA.		
Oto-rhino-laryngol. MM. ENGEL, MUNCH		
Maladies des voies urinaires. M. PELLETIER.		
Radiographie M. N....		
Pharmacien M. CAHEN.	Launay, Legueu, Mlle Joffre.	

Stomatologiste : M. PELLISSIER.

MAISON DE RETRAITE DE VILLERS-COTTERETS (CHATEAU DE VILLERS-COTTERETS).

Directenr : M. FÉRON (René).
Médecins : MM. MOUFLIER, ASSEMAT; Pharmacien : M. LAILLE; M. LE NUÉ, aide-pharmacien.

MAISON DE RETRAITE FAVIER, A BRY-SUR-MARNE

Directeur-régisseur : M. PARENTHOU-DORMOY.
Médecin : M. AUBERT.

MAISON DE RETRAITE F.-V. RASPAIL, A CACHAN

Directrice : Mme ROQUES.
Médecin : M. BOUVY.

INSTITUT DÉPARTEMENTAL DES AVEUGLES

7, *rue Mongenot, à St-Mandé.* — Tél. : Diderot 11-91. — Directeur : M. GILLES
Médecin : M. RAYNAUD; Adjoint : M. Maufrais; Ophtalmologiste : M. MORAX; Assistant : M. E. Hartmann; Stomatologiste : M. DIOUDONNAT; Oto-rhino-laryngologiste : M. SAINT-HILAIRE.

INSTITUT DÉPARTEMENTAL DES SOURDS-MUETS ET SOURDES-MUETTES

35, *r. de Nanterre, à Asnières* (Seine). — Tél. : Wagram 87-33. — Directeur : M. Jourdan.
Médecin : M. BONNEROT; Psychiatrie : M. ROUBINOVITCH; Ophtalmologiste : M. LENOBLE; Oto-rhino-laryngologiste : M. SAINT-HILAIRE; Stomatologiste : M. VALÉRY.

ASILE NATIONAL DES CONVALESCENTS

(Ex-Asile de Vincennes).
14, *rue du Val-d'Osne, à Saint-Maurice* (*Seine*). — Tél. : Diderot 17-85.
Directeur : M. GOURDIN.
Médecins : MM. BERTHOUMEAU, LEVY (Edmond); Radiologiste : M. REBUFFEL; Physiothérapie : M. PRÉAUT; Stomatologiste : M. NIDERGANG; Pharmacien : M. DUMESNIL.

LABORATOIRE DU Dr R. LETULLE

S. à R. L. au Cap. de 160.000 fr.

36, Rue de Penthièvre, PARIS (8e)

Angle du Faub. St-Honoré (St-Philippe-du-Roule) — Téléphone : ÉLYSÉES 44-01 et 44-02

ANALYSES MÉDICO-CHIRURGICALES ET RECHERCHES BIOLOGIQUES

BACTÉRIOLOGIE — SÉROLOGIE — CHIMIE BIOLOGIQUE — MÉTABOLISME BASAL

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

AUTO-VACCINS — AUTO-BACTÉRIOPHAGES — DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE LA GROSSESSE

Direction scientifique : Dr RAYMOND LETULLE, Dr GASTON BERGÈS, MAURICE DELAVILLE

CLINIQUE DE SAINT-CLOUD

2, avenue Pozzo-di-Borgo — *Téléph. : Auteuil 00-52*

Drs D. MORAT et ALICE SOLLIER (Mme)

Largement ouverte à tous les médecins pour le traitement des maladies du système nerveux et des intoxications (morphine, cocaïne, alcool). **Cure de régime et de repos.** Ni aliénés, ni contagieux, ni malades bruyants.

Renseignements tous les jours, de 2 h. à 5 h., à la Clinique



Laboratoires GALLINA, 4, rue Candolle — PARIS (Ve)

Téléph. : Diderot 10-24 — Adr. télégr. : Iodhemol, Paris.

IODHÉMA : TOUS RHUMATISMES CHRONIQUES — Ampoules (Voies veineuse et musculaire) — Flacons (Voie gastrique). — IODISATION INTENSIVE (Communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris du 21 Juin 1923.)

BACILLOSE — Extraviscérale : **IODENTÉROL** Gouttes par voie buccale — Viscérale : Lipoïdes des Galli Résistants Ampoules (Voie musculaire) **HUILE GALLINA**

R. C. Seine 183.569

Hors Concours, Membre du Jury : EXPOSITION PASTEUR, STRASBOURG 1923.

Désintoxication Générale de l'Organisme par le

FERMENT pur de RAISIN du Profr JACQUEMIN

Source de DIASTASES et de VITAMINES

Furonculose — Maladies de peau — Dyspepsie — Entérite — Diabète
Grippes — Rhumatismes — Insuffisances endocriniennes et nutrition.

Littérature et Echantillons à : INSTITUT JACQUEMIN, à Malzéville-Nancy.

LA NATURE

REVUE DES SCIENCES ET DE LEURS APPLICATIONS A L'ART ET A L'INDUSTRIE

Paraît le 1er et le 15 de chaque mois (48 pages par numéro)

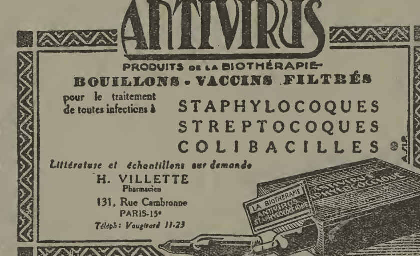
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS-VIe

ABONNEMENT PAR AN :

France : 90 fr.; — Belgique et Luxembourg : 105 fr.;
— Etranger : Tarif n° 1 : 110 fr.; Tarif n° 2 : 130 fr. —

Prix du numéro vendu en France : 4 fr.

ENVOI D'UN SPÉCIMEN GRATUIT SUR DEMANDE



ASTHMES, BRONCHOSPASMES CATARRHAUX et EMPHYSÉMATEUX

Rhume des foins - Hoquet - Vagotonies - États de choc - Skeptophylaxie
Mal de mer et des Rayons, etc.

ÉPHÉDRINE naturelle BÉRAL

Extraite des Éphédras asiatiques

Pour prévenir les accès d'asthme ou les arrêter dès leur début :

Asthme simple	**ÉPHÉDROÏDES BÉRAL** — Comprimés à 3 centigrammes d'Éphédrine naturelle.	*1 comprimé le matin ou le soir et 1 à 3 comprimés dès les premiers symptômes avant-coureurs d'un accès.*
Asthme avec hypocardiotonie	**ÉPHÉDRAFÉINE** (COMPRIMÉS D') — Comprimés d'éphédrine caféinée à 3 centigr. d'Éphédrine.	
Asthme rebelle avec insomnie	**ÉPHÉTROPINE** (COMPRIMÉS D') — Comprimés d'Éphédrafeine-hyoscinamine barbiturique à 3 centigr. d'Éphédrine.	
Asthme infantile et posologie à faibles doses	**ÉPHÉDROMEL** — Sirop à un demi-centigramme d'Éphédrine par cuillerée à café.	*1 à 8 cuil. à café, suivant l'âge.*
	GRAINS D'ÉPHÉDRINE BÉRAL — Dosés à 1 centigramme d'Éphédrine par grain.	*3 à 12 grains par jour.*
Pour la voie sous-cutanée et intraveineuse	**ÉPHÉDRAMPOULES BÉRAL** — Ampoules dosées à 3 centigrammes d'Éphédrine par centicube.	*1 à 3 centicubes.*

Pour juguler les accès déclanchés ou les états de choc :

ADRÉPHÉDRINE (AMPOULES D') — Ampoules à 1/4 milligramme Adrénaline et 2 centigrammes Éphédrine par centicube. — *1 à 4 centicubes sous-cutanés. Débuter par 1 c. c.*

Entre les accès et dans les états bronchitiques chroniques :

ÉPHÉÏODINE — Élixir à 3 centigrammes d'Éphédrine et Lobélie iodurée par cuillerée à café — *Une cuillerée à café le matin ou matin et soir.*

Pour associer l'asthmothérapie et l'asthmophylaxie nasales et oculaires :

ÉPHÉDRISOL.	Hydrolat d'Éphédra à 3 p. 100 d'Éphédrine	*En pulvérisations nasales avec l'Éphédriseur Béral.*
OLÉOPHÉDRINE.	Huile d'Éphédra à 2 p. 100 d'Éphédrine	
RHINODROPS.	Capsules nasales à l'Oléophédrine	*En instillations nasales.*
MYDRIÉDRINE.	Ampoule-Collyre à 4 p. 100 d'Éphédrine	*En instillations conjonctivales.*
ÉPHÉDROPRISES BÉRAL.	A 3 cg. Éphédrine par prise	*Pour aspirations nasales.*

En chirurgie :

ÉPHÉDRAFÉINE (AMPOULES D') — A 3 centigr. d'Éphédrine et 5 centigr. caféine par centicube. — *En injection sous-cutanée 20 minutes avant les Rachis et Interventions choquantes.*

Laboratoires BÉRAL, 194, rue de Rivoli, PARIS. Tél. : CENTRAL 10-31

CONSULTATIONS EXTERNES

1932 des Hôpitaux et Hospices de Paris 1932

I. — MÉDECINE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES

Tous les jours (Dimanches et Fêtes compris) dans les Établissements ci-après.

(Entrée du Public : de 8 à 9 heures du matin.)

1° ADULTES

		MM.
Hôtel-Dieu	Médecine	Gutmann.
	Chirurgie	Cunéo.
Pitié	Médecine	Boulin.
	Chirurgie	Métivet.
Charité	Médecine	Mme Bertrand-Fontaine
	Chirurgie	Girode
Saint-Antoine	Médecine	Jacquelin.
	Chirurgie	Braine.
Necker	Médecine	Haguenau.
	Chirurgie	Rouhier.
Cochin	Médecine	Debray.
	Chirurgie	Quénu.
Beaujon	Médecine	Decourt.
	Chirurgie	Leibovici.
Lariboisière	Médecine	Hamburger.
	Chirurgie	Raymond Bernard.
Tenon	Médecine	Schulmann.
	Chirurgie	Fèvre.
Laennec	Médecine	Célice.
	Chirurgie	Proust.
Bichat	Médecine	Lambling.
	Chirurgie	Reinhold.
Broussais	Médecine	Ravina.
	Chirurgie	Mondor.
Boucicaut	Médecine	Carrié.
	Chirurgie	Labey.
Vaugirard	Chirurgie seulement	Pierre Duval.
Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Médecine	Péron.
	Chirurgie	Thalheimer.
Saint-Louis	Chirurgie seulement	Bloch (René).
Salpêtrière	Chirurgie seulement	Gosset.
Maison de Retraite des Ménages (Issy-les-Moulineaux)	Chirurgie seulement	Lardennois.

2° ENFANTS

				MM.
Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)		Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Huber.
Enfants-Malades	Médecine.	Lundi	9 h.	Nobécourt.
		Mardi	9 h.	Apert.
		Mercredi, Samedi	9 h.	Darré.
		Jeudi	9 h.	Hallé.
		Vendredi	10 h.	Weill-Hallé.
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle par les 5 médecins.
	Chirurgie.	Tous les jours	9 h.	Ombrédanne.
Bretonneau	Médecine.	Mercredi	8 h.	Guillemot.
		Samedi	8 h.	Henri Grenet.
		Dimanche	8 h.	A tour de rôle par les 2 médecins.
		Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi	8 h.	Marquézy.
	Chirurgie.	Tous les jours	8 h.	Picot.
Trousseau	Médecine.	Tous les jours (sauf le Jeudi)	8 h. 1/2	Janet.
		Jeudi	8 h. 1/2	Lesné.
	Chirurgie.	Tous les jours	9 h.	Sorrel.
Hérold	Médecine.	Tous les jours (sauf le Vendredi)	9 h.	Turpin.
		Vendredi	9 h.	Armand-Delille.
Enfants-Assistés	Médecine.	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Lereboullet.
	Chirurgie.	Mardi, Jeudi et Samedi	10 h.	Veau.
Saint-Louis (Hôpital d'Enfants)	Médecine.	Tous les jours	9 h.	Babonneix.
	Chirurgie.	Tous les jours	9 h.	Martin.

II. — MÉDECINE ET CHIRURGIE GÉNÉRALES

(Consultations du soir)

				MM.
Cochin	Médecine.	Mardi, Vendredi	20 h.	Debray.
	Chirurgie.	Mardi, Vendredi	20 h.	Quénu.
Tenon	Médecine.	Mardi, Samedi	18 h. 1/2	Coste.
	Chirurgie.	Mardi, Samedi	18 h. 1/2	Fèvre.

III. — INSTITUTS DE PUÉRICULTURE

				MM.
Hôtel-Dieu	Consultations de nourrissons.	Mardi, Samedi	9 h.	Chirié.
		Jeudi	14 h.	—
Pitié	—	Mardi	9 h.	Jeannin.
		Samedi	14 h.	—
Charité	—	Mercredi, Samedi	9 h.	Vignes.
Saint-Antoine	—	Lundi, Jeudi	9 h.	Lévy-Solal.
Beaujon	—	Lundi	13 h. 1/2	Levant.
Lariboisière	—	Mardi, Mercredi, Jeudi et Samedi	9 h.	Devraigne.
		Samedi	14 h.	—
Tenon	—	Mardi, Samedi	9 h.	Lemeland.
		Jeudi	14 h.	—
Boucicaut	—	Mardi, Mercredi et Samedi	13 h. 1/2	Ecalle.
Saint-Louis	—	Mardi, Samedi	14 h.	Cathala.
Maternité	—	Lundi, Mercredi et Vendredi	14 h.	Le Lorier.

				MM.
Baudelocque	Consultations de nourrissons.	Samedi	9 h.	Couvelaire.
		Mardi, Jeudi	14 h.	—
Tarnier	—	Lundi, Mardi	9 h.	Brindeau
		Jeudi	8 h. 1/2	—
		Samedi	14 h.	—
Bretonneau	—	Mardi, Samedi	9 h. 1/2	Marcel Metzger.
Enfants-Assistés	—	Jeudi, Samedi	9 h.	Lereboullet

IV. — VACCINATION

VACCINATION ANTIVARIOLIQUE

Hôtel-Dieu	Lundi	9 h.	*Lariboisière*	Mardi	14 h. 1/2
Pitié	Vendredi	9 h.	*Tenon*	Mardi, Samedi	9 h.
Charité	Samedi	8 h.	*Laennec*	Mercredi	9 h.
Saint-Antoine	Lundi	9 h.	*Bichat*	Lundi	7 h.
Necker	Mercredi	8 h. 3/4	*Saint-Louis*	Jeudi	9 h.
Cochin	Mardi	8 h.	*Enfants-Malades*	Mercredi	8 h. 1/2
Beaujon	Vendredi	8 h. 1/2	*Bretonneau*	Lundi	8 h. 1/2
Hérold	Jeudi	8 h. 1/2			

VACCINATION ANTITYPHOÏDIQUE

1° ADULTES

Cochin	Vendredi	18 h.	*Saint-Antoine*	Samedi	15 h.
Lariboisière	Samedi	17 h. 1/2			

2° ENFANTS

Bretonneau	Mardi, Jeudi	9 h.	*Trousseau*	Mercredi, Jeudi et Vendredi	9 h.

VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

Saint-Louis (Annexe Grancher)	Jeudi	14 h.	*Bretonneau*	Lundi, Mardi, Jeudi et Vendredi	9 h.
Enfants-Malades	Tous les jours (sauf le Dimanche)	10 h.	*Trousseau*	Jeudi et Dimanche	9 h.
Hérold	Jeudi	8 h. 1/2			

V. — MALADIES SPÉCIALES

				MM
Femmes enceintes.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Chirié.
	Pitié	Tous les jours	9 h. 1/2	Jeannin.
	Charité	Lundi, Vendredi	9 h.	Vignes.
	Saint-Antoine	Tous les jours	9 h.	Lévy-Solal.
	Beaujon	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Levant.
	Lariboisière	Tous les jours	9 h.	Devraigne.
	Boucicaut	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Ecalle.
	Saint-Louis	Mardi, Vendredi	9 h.	Cathala.
	Maternité	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Le Lorier.
		Tous les jours de 8 à 12 h. et de 14 à	18 h.	
	Baudelocque	Tous les jours, de 8 à (A la fondation Valancourt.)	18 h.	Couvelaire.
	Tarnier	Tous les jours et à toute heure		Brindeau.
	Bretonneau	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h. 1/2	Marcel Metzger.

Gynécologie. (Maladies des femmes.)	*Hôtel-Dieu*	Mercredi (suite de couches)	9 h.	Chirié.
	Pitié	Lundi, Mardi	9 h. 1/2	Jeannin.
		Samedi	14 h.	
		Lundi, Mercredi	9 h. 1/2	Chevrier.
	Charité	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Fredet.
		Lundi	9 h.	Baumgartner.
		Jeudi	9 h.	Vignes.
	Saint-Antoine	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Lejars.
		Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Bréchot.
		Lundi, Vendredi	10 h.	Lévy-Solal.
	Necker	Mercredi, Samedi	9 h.	Schwartz.
		Mercredi, Vendredi	9 h.	Robineau.
	Cochin	Lundi, Mercredi et Vendredi	8 h. 1/2	Delbet.
	Beaujon	Lundi, Vendredi	9 h. 1/2	Basset.
		Mardi	9 h.	Levant.
		Samedi	14 h.	
		Mercredi	9 h. 1/2	Okinczyc.
	Lariboisière	Mercredi	10 h.	Devraigne.
		Samedi	9 h.	Sauvé.
	Tenon	Lundi, Jeudi	9 h.	Grégoire.
	Laennec	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Proust.
	Boucicaut	Mardi	9 h.	Ecalle.
		Vendredi	20 h.	
		Vendredi	10 h.	Labey.
	Vaugirard	Lundi	9 h.	Pierre Duval.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Mardi, Samedi	9 h.	Desmarest.
	Saint-Louis	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Bazy.
		Mercredi	9 h.	Cathala.
	Broca	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	J.-L. Faure.
	Maternité	Lundi	20 h. 1/2	Le Lorier.
		Vendredi	9 h. 1/2	
	Baudelocque	Mardi 9 h. et Samedi	14 h.	Couvelaire.
	Tarnier	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h. 1/2	Brindeau.
	Bretonneau	Samedi	9 h.	Marcel Metzger.
	Salpêtrière	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h. 1/2	Gosset.

Consultation prénuptiale.	*Maternité*	Samedi	9 h. 1/2	Le Lorier.
	Baudelocque	Mercredi	10 h.	Couvelaire.

				MM.
Traitement de la stérilité.	*Hôtel-Dieu*	Mercredi	9 h.	Chirié.
	Charité	Jeudi	9 h.	Vignes.
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	10 h.	Lévy-Solal.
	Lariboisière	Vendredi	10 h.	Devraigne.
		Mardi, Jeudi et Samedi	14 h.	
	Boucicaut	Mardi	9 h.	Ecalle.
	Broca	Vendredi	11 h.	J.-L. Faure.
	Maternité	Lundi	9 h. 1/2	Le Lorier.
	Baudelocque	Mercredi	9 h. 1/2	Couvelaire.
	Tarnier	Jeudi	9 h. 1/2	Brindeau.
	Bretonneau	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Marcel Metzger.
Consultations chirurgicales (hommes et femmes) (memhres, thorax et ahdomen) **Gynécologie**	*Cochin*	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Mathieu.
	Beaujon	Lundi, Jeudi	9 h.	Alglave.
	Tenon (thorax et abdomen)	Vendredi	9 h. 1/2	Roux-Berger.
	Bichat	Samedi	9 h.	Mocquot.
		Mercredi	9 h.	Capette.
	Boacicaut	Lundi	9 h.	Lahey.
	Saint-Louis	Lundi, Vendredi	9 h. 1/2	Chifoliau.
Nourrissons.	*Ambroise-Paré* (Boulogne-sur-Seine)	Tous les jours (*sauf le Dimanche*)	9 h.	Huher.
	Enfants-Malades	Lundi	10 h.	Apert.
		Mercredi	10 h.	Weill-Hallé.
		Jeudi	10 h.	Nohécourt.
		Vendredi	10 h.	Darré.
		Samedi	10 h.	Hallé.
	Saint-Louis	Jeudi	9 h.	Bahonneix.
	Trousseau	Jeudi	9 h.	Lesné.
	Salpêtrière	Lundi, Mercredi et Vendredi	10 h.	Ribadeau-Dumas.
	Enfants-Assistés	Jeudi, Samedi	9 h.	Lerehoullet.
Rééducation des défauts de prononciation pour malformation congénitale.	*Enfants-Assistés*	Jeudi	11 h.	Veau.
Enfants arriérés.	*Enfants-Malades*	Mercredi	14 h.	Weill-Hallé.
		Samedi	9 h.	
Maladies cutanées et syphilitiques.	*Saint-Louis*	Lundi	9 h.	Milian.
			18 h.	
		Mardi	9 h.	Louste.
			18 h.	
		Mercredi	9 h.	Sézary.
			18 h.	Gougerot.
		Jeudi	9 h.	Ravaut.
			18 h.	
		Vendredi	9 h.	Gougerot.
			18 h.	
		Samedi	9 h.	Touraine.
			18 h.	Sézary.
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle par les 6 médecins.
	Cochin	Mardi	9 h.	Paul Chevallier.
		Mardi	20 h.	Pinard.
		Mercredi	9 h.	
		Jeudi	20 h.	Paul Chevallier.
		Vendredi	9 h.	
		Vendredi	20 h.	Pinard.
		Samedi	9 h.	
		Dimanche	9 h.	A tour de rôle MM. Pinard, Chevassu et Paul Chevallier.
	Broca. maladies cutanées	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Weissenbach.
		Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Tzanck.
		Dispensaire Fracastor :		
	syphilis	Tous les jours	9 h.	Tzanck.
		Lundi, Mercredi et Vendredi	18 h.	
		Dispensaire Fournier :		
	syphilis	Tous les jours	9 h.	Weissenbach.
		Mardi, Jeudi et Samedi	18 h. 3/4	
	Charité	Mardi, Vendredi	18 h. 1/2	Sézary.
	Saint-Antoine	Mardi, Vendredi	de 19 h. à 20 h.	Tzanck.
	Beaujon	Lundi, Jeudi	20 h. 1/2	Louste.
	Bichat	Lundi, Vendredi	18 h. 1/2	M. Renaud.
		Mardi	9 h.	Flandin.
	Boucicaut	Lundi, Jeudi	20 h.	Schulmann.
	Tenon	Lundi, Jeudi	18 h.	Touraine.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Mardi, Vendredi	18 h.	Jacquelin.
		FEMMES ENCEINTES, MÈRES, NOURRICES ET NOURRISSONS		
	Maternité (Dispensaire antisyphilitique de la maternité)	Mardi	9 h. 1/2	Le Lorier et Flandin.
	Hôtel-Dieu (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Lundi, Jeudi	9 h.	Chirié.
	Pitié (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Mercredi 18 h. Samedi	16 h.	Jeannin.
	Saint-Antoine (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Mercredi, Samedi	9 h.	Lévy-Solal.
	Baudelocque (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Lundi, Mercredi	14 h.	Couvelaire et Pinard.
		Vendredi	9 h.	
	Tarnier (Dispensaire antisyphil. de la maternité).	Mercredi	10 h.	Brindeau et P. Chevallier.
	Lariboisière (Dispens. antisyphil. de la maternité).	Mardi, Jeudi et Samedi	9 h.	Devraigne.
	Necker-Enf.-Malad. (Dispensaire antisyphilitique).	Mercredi	10 h.	Hallé.
	Bretonneau (Dispensaire antisyphilitique de la maternité).	Jeudi	9 h.	Metzger.
	(Dispensaire antisyphilitique.)	Lundi 18 h. Jeudi	10 h.	Grenet.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ASTHME

Ce Congrès se tiendra au Mont-Dore les 4 et 5 Juin, sous le haut patronage de M. Blaisot, Ministre de la Santé publique et la présidence de M. le Professeur Fernand Bezançon, de l'Académie de Médecine.

Y prendront part, avec la plupart des pays d'Europe, les États-Unis, l'Argentine et le Brésil.

Vingt six rapports y seront présentés par des Maîtres éminents tant français qu'étrangers, spécialisés dans l'étude des Voies Respiratoires.

C'est la première fois que seront exposées et confrontées en un large débat les diverses conceptions touchant l'étiologie, la pathogénie et le traitement de cette affection.

Tous les médecins, internes et externes des Hôpitaux et les étudiants en médecine, français et étranger, sont invités à y participer.

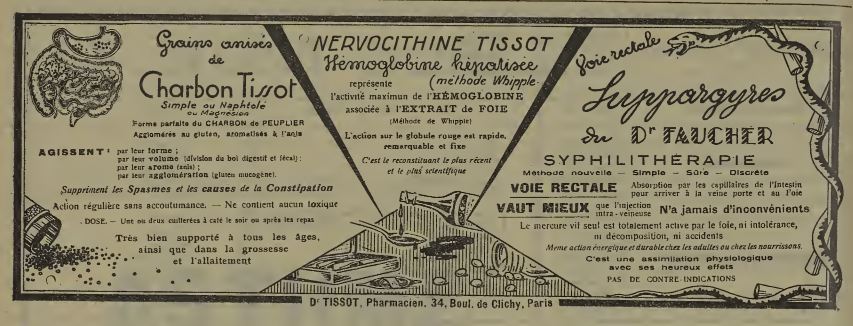
Ils devront, quelle que soit leur nationalité, adresser leur demande directement avec le montant de leur cotisation (30 francs français pour les médecins ou étudiants et chacun des membres de leur famille directe), au Secrétariat du Congrès. Cette cotisation donne droit au volume des Rapports, aux fêtes, réunions, excursions organisées en faveur des Congressistes.

Pendant la durée du Congrès, des chambres seront mises à la disposition des Congressistes par le Syndicat des Hôteliers du Mont-Dore.

Une réduction de 50 % sur les tarifs des chemins de fer français sera accordée à tous les Congressistes et à leur famille sur demande adressée, avant le 1er Mai, au Secrétariat du Congrès.

Adresser les adhésions et les demandes de renseignements au secrétariat du Congrès International de l'Asthme, 19, rue Auber, Paris (9e).

Maladies cutanées et syphilitiques. *(suite)*	*Trousseau* (Dispensaire antisyphilitique).	Mardi	18 h.	MM. Lesné.
		Mercredi	9 h.	
	Enfants-Assistés (Dispensaire antisyphilitique)	Samedi	14 h.	
		Mardi, Vendredi	9 h.	Lereboullet.
Maladies exotiques.	*Saint-Louis*	Lundi, Mercredi, Vendredi et Samedi	9 h.	Gougerot.
Blennorragie.	*Saint-Louis*	Tous les jours	8 h. et 19 h.	Gouverneur.
	Broca (Disp. Fournier)	Mardi, Jeudi et Samedi	18 h. 3/4	Weissenbach.
	Tenon	Lundi, Jeudi	18 h.	Touraine.
	Ambr.-Paré (Boul.-s-S.)	Mardi, Vendredi	18 h.	Jacquelin.
Maladies des voies urinaires.	*Necker*	Tous les jours, même le dimanche (hommes)	9 h.	Legueu.
		Tous les jours, sauf le dimanche (femmes)	9 h.	
	Cochin	Lundi, Jeudi	9 h.	Chevassu.
	Beaujon	Mardi, Jeudi	9 h.	Alglave.
	Lariboisière	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Heitz-Boyer.
	Tenon	Mardi, Vendredi	10 h.	Grégoire.
	Vaugirard	Lundi	9 h.	Pierre Duval.
	Saint-Louis	Tous les jours	8 h.	Gouverneur.
	Salpêtrière	Mardi, Vendredi	10 h.	Gosset.
Maladies des os et des articulations.	*Saint-Louis*	Mardi	9 h.	Duvoir.
Orthopédie.	*Saint-Louis* (Hôpital d'enfants).	Lundi, Mercredi, Jeudi	10 h.	Martin.
	Enfants-Malades	Tous les jours (sauf le dimanche)	10 h.	Ombrédanne.
	Trousseau (pr enf. seul.)	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Sorrel.
	Bretonneau (pr enf. seul.)	Mardi, Jeudi, Samedi	8 h.	Picot.
	Enfants-Assistés (Pour les enfants seulement).	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Veau.
Maladies nerveuses et mentales.	*Salpêtrière*	Lundi (maladies nerveuses)	8 h. 1/2	A tour de rôle, MM. Guillain et Crouzon.
		Mardi —	8 h. 1/2	Guillain.
		Mercredi —	8 h. 1/2	Crouzon.
		Vendredi (maladies mentales)	8 h. 1/4	Vurpas.
		Samedi — (enfants)	10 h.	Barbé.
	Hôtel-Dieu	Lundi (maladies nerveuses)	9 h.	Baudouin.
		Mardi —	9 h.	Sainton.
	Pitié	Mardi, Samedi — (malades anciens)	8 h. 1/2	Laignel-Lavastine.
		Jeudi —	9 h.	Vincent.
	Saint-Antoine	Mardi —	9 h.	Faure-Beaulieu.
		Mercredi, Vendredi (maladies nerveuses)	9 h. 1/2	Comte.
		Samedi (épilepsie et maladies convulsives)	9 h. 1/2	Pagniez.
	Necker	Mercredi (neurologie chirurgicale)	9 h.	Rohineau.
	Broussais	Mercredi —	9 h.	Dufour.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Mardi —	9 h. 1/2	Monier-Vinard.
	Saint-Louis	Mercredi (maladies nerveuses des enfants)	9 h. 1/2	Babonneix.
		Vendredi (maladies mentales des enfants)	9 h. 1/2	
	Bicêtre	Vendredi (épileptiques)	11 h.	Maillard.
	La Rochefoucauld	Lundi, Vendredi (maladies nerveuses)	9 h.	Tinel.
Maladies des yeux.	*Hôtel-Dieu*	Tous les jours	9 h.	Terrien.
	Pitié	Tous les jours (sauf les dim. et jours fériés)	9 h.	Cerise.
	Saint-Antoine	Mardi, Mercredi, Jeudi, Samedi	9 h.	Velter.
	Necker-Enf.-Malad.	Tous les jours (sauf les dimanches)	9 h.	Monthus.
	Cochin	Tous les jours (sauf les dimanches)	9 h.	Bollack.
	Beaujon	Tous les jours	9 h.	Coutela.
	Lariboisière	Tous les jours	8 h.	Poulard.
	Tenon	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Magitot.
	Laennec	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Cantonnet.
	Saint-Louis	Tous les jours (sauf les dim. et jours fériés)	9 h.	Dupuy-Dutemps.
	Trousseau	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Prélat.
	Ambr.-Paré (B.-s.-S.)	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Monhrun.
Maladies du larynx, du nez et des oreilles.	*Saint-Antoine*	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Grivot.
	Lariboisière	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades nouveaux)	9 h.	Lemaître.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades anciens)	9 h.	
	Tenon	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Hautant.
	Beaujon	Tous les jours (dimanche excepté)	9 h.	Baldenweck.
	Laennec	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades nouveaux)	9 h.	Bourgeois.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades anciens)	9 h.	
	Saint-Louis	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades nouveaux)	9 h.	Halphen.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades anciens)	9 h.	
	Boucicaut	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Moulonguet.
	Enfants-Malades	Lundi, Mercredi et Vendredi (adultes)	9 h.	Le Mée.
		Mardi, Jeudi et Samedi (enfants)	9 h.	
	Trousseau (pr enf. seul.)	Lundi, Mercredi, Vendredi (malades anciens)	9 h.	Rouget.
		Mardi, Jeudi, Samedi (malades nouveaux)	9 h.	
	Bretonneau (pr enf. seul.)	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes). de 8 à	9 h.	André Bloch.
	Hérold	Lundi, Mercredi et Vendredi	9 h.	Bouchet.
	Ambr.-Paré (B.-s.-S.)	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Ramadier.
Maladies des voies respiratoires.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h. 1/2	Halbron.
	Charité	Samedi	9 h. 1/2	Sergent.
	Saint-Antoine	Samedi (asthme et emphysème)	9 h.	Bezançon.
		Jeudi (Centre de triage antituberculeux, 28, rue de Citeaux). De 8 h. 30 à	9 h.	
	Necker	Jeudi	9 h.	Laederich.





STOMOXYGÈNE

PASTILLES

1 à 4 par jour.
(Peroxyde de magnésium, émodine, belladone, extraits biliaires).
Echantillons et littérature :
Laboratoires S.E.B.I.C.
à St-Quentin (Aisne).

Antiseptique gastro-intestinal
Anti-colibacillaire, Cholagogue
Rééducation intestinale
Fétidité de l'haleine

				MM.
Maladies des voies respiratoires. (*suite*)	*Cochin* (Disp. et centre de triage antituberculeux.)	Tous les jours (sauf le dimanche).	9 h.	Ameuille.
	Beaujon. (Centre de triage antituberculeux.)	Mercredi	16 h. 1/2	Debré.
		Lundi, Mardi, Mercredi, Vendredi, Samedi.	9 h. 1/2	
	Lariboisière.	Jeudi	9 h.	Gandy.
	Tenon (Centre de triage antituberculeux.)	Mardi (hommes), Mercredi (femmes), Vendredi (hommes et femmes)	9 h.	Pruvost.
	Laennec (Dispensaire Léon Bourgeois, 65, rue Vanean) (Centre de triage antituberculeux).	Mardi (femmes)	9 h.	Rist.
		Mercredi (hommes et femmes)	14 h.	
		Vendredi (hommes)	9 h.	
		Lundi (hommes et femmes)	14 h.	Léon Bernard.
		Jeudi (femmes)	9 h.	
		Samedi (hommes)	9 h.	
	Bichat (Asthme).	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Pasteur Vallery-Radot.
	Boucicaut (Centre de triage antituberculeux.)	Lundi, Jeudi	9 h. 1/2	Courcoux.
	Consultation pour les maladies des voies respiratoires	Mercredi (hommes et femmes)	9 h.	
	Salpêtrière	Vendredi (femmes)	9 h.	Léon-Kindherg.
	Ivry	Samedi.	10 h.	Jacoh.
Maladies du cœur et des vaisseaux.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h. 1/2	Halhron.
	Pitié	Vendredi	9 h.	Auhertin.
	Charité	Jeudi.	9 h.	Tixier.
	Necker	Mercredi	9 h.	Brouardel.
	Beaujon.	Mercredi, Samedi (Maladies des veines : varices, hémorroïdes)	9 h.	Troisier.
	Lariboisière.	Mardi	9 h. 1/2	Clerc.
	Tenon.	Mardi, Vendredi.	9 h.	Lian.
	Laennec	Lundi	9 h.	René Bénard.
	Broussais.	Mardi, Jeudi, Samedi	9 h.	Lauhry.
	Saint-Louis.	Lundi, Vendredi.	9 h.	Duvoir.
Maladies du sang.	*Cochin*	Lundi	9 h.	Paul Chevallier.
	Saint-Antoine	Mercredi	9 h.	Pagniez.
	Bichat	Jeudi.	9 h.	Boidin.
Maladies du tube digestif (estomac, intestin)	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi, Vendredi (estomac, intestin et foie)	9 h.	Carnot.
		Mardi, Jeudi, Samedi (anus et réctum)	9 h.	
		Mercredi	9 h.	Cunéo.
	Pitié	Lundi, Mercredi.	9 h.	Loeper.
		Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi	9 h. 1/2	Chevrier.
	Charité.	Lundi.	9 h.	Baumgartner.
	Saint-Antoine	Tous les jours (sauf le Dimanche).	9 h.	Chabrol.
		Jeudi (estomac et duodénum).	9 h.	F. Ramond.
		Mardi, Mercredi, Samedi.	9 h.	
	Necker	Mardi	9 h.	Schwartz.
		Mercredi	9 h. 1/2	Villaret.
	Beaujon.	Lundi, Mercredi, Vendredi.	9 h.	Faroy.
		Mercredi (malades anciens)	9 h.	Harvier.
		Samedi (malades nouveaux).	9 h.	
		Mercredi (consultation chirurgicale)	9 h. 1/2	Okinczyc.
	Lariboisière.	Mardi.	9 h.	Sauvé.
		Vendredi	9 h.	Herscher.
	Tenon	Lundi, Jeudi (intestin)	9 h.	Brulé.
	Laennec	Mercredi (consult. médico-chirurgicale)	9 h. 1/2	N...
	Bichat	Mardi, Vendredi.	9 h.	Chiray.
	Boucicaut.	Mardi, Vendredi.	9 h.	Trémolières.
	Vaugirard	Mardi, Mercredi, Jeudi.	9 h.	Pierre Duval.
	Salpêtrière	Lundi, Mardi, Vendredi	9 h. 1/2	Gosset.
	Ménages (Issy-les-Moulineaux	Jeudi	9 h.	Brodin.
	Ivry	Lundi, Mercredi, Jeudi, Samedi	9 h. 1/4	André Cain.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Jeudi	9 h. 1/2	Richet.
Maladies de la nutrition (diabète, goutte, obésité).	*Hôtel-Dieu*	Samedi.	9 h.	Baudouin.
	Pitié	Lundi (hommes et femmes), Mercredi (femmes), Vendredi (hommes)	9 h. 1/2	M. Lahhé.
		Mardi, Vendredi.	9 h.	Rathery.
	Charité	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Ahrami.
	Necker	Mercredi	9 h. 1/2	Villaret.
	Tenon	Lundi, Mercredi.	9 h.	Laroche.
		Jeudi.	9 h. 1/2	May.
	Broussais.	Mercredi	9 h.	Dufour.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Jeudi.	9 h. 1/2	Richet.
Maladies du foie et des voies biliaires.	*Pitié*	Lundi (hommes et femmes), Mercredi (femmes). Vendredi (hommes)	9 h. 1/2	M. Labbé.
	Charité	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Ahrami.
		Samedi.	9 h.	Fiessinger.
	Saint-Antoine	Mercredi	9 h.	Chabrol.
	Necker	Mercredi	10 h.	Brouardel.
		Mercredi	9 h. 1/2.	Villaret.
	Beaujon			Alglave.
	Lariboisière.	Jeudi.	10 h.	Garnier.
		Vendredi	9 h.	Herscher.
	Tenon	Lundi, Jeudi	9 h.	Brulé.
	Bichat	Mardi, Vendredi.	9 h.	Chiray.

Maladies du foie et des voies biliaires (*suite*)	*Ménages* (Issy-les-Moulineaux)	Jeudi	9 h.	MM. Brodin.
	Ambroise-Paré (Boulogne-sur-Seine)	Jeudi	9 h. 1/2	Richet.
Maladies du rein.	*Pitié*	Mardi, Vendredi	9 h.	Rathery.
	Charité	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Abrami.
	Necker	Mercredi	10 h.	Brouardel.
	Cochin (consultation chirurgicale)	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h.	Chevassu.
	Tenon	Mardi, Vendredi	9 h.	Lian.
	Saint-Louis	Lundi, Vendredi	9 h.	Duvoir.
Maladies des glandes endocrines.	*Hôtel-Dieu*	Mardi	9 h.	Sainton.
		Jeudi	10 h.	Stévenin.
	Cochin	Jeudi	10 h.	Achard.
	Tenon	Lundi, Mercredi	9 h.	Laroche.
		Jeudi	9 h. 1/2	May.
Rhumatismes.	*Pitié*	Mardi, Vendredi	9 h.	Rathery.
		Jeudi	9 h.	Labbé.
	Cochin	Lundi, Vendredi	9 h.	Achard.
	Saint-Antoine	Mardi, Jeudi	9 h.	Bezançon.
Intoxications (Anaphylaxie).	*Ambroise-Paré* (Boulogne-sur-Seine)	Jeudi	9 h.	Richet.
	Bichat	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h. 1/2	Pasteur Vallery-Radot.
Maladies justiciables d'un envoi aux stations thermales et climatiques	*Necker*	Tous les jours (sauf le Dimanche)	9 h. 1/2	Villaret.
Consultation de physiothérapie.	*Hôtel-Dieu*	Lundi, Mercredi, Vendredi	9 h.	Carnot.
Consultations dans les Services de Radiumthérapie. (Maladies justiciables d'un traitement par la curiethérapie et les Rayons X pénétrants.)	*Hôtel-Dieu*	Lundi	15 h.	Cunéo.
		Jeudi	9 h.	
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	9 h.	Bréchot.
	Necker	Mercredi, Vendredi	9 h.	Robineau.
	Lariboisière	Lundi, Vendredi	9 h.	Cadenat.
	Tenon	Mercredi (hommes)	10 h.	Gernez.
		Vendredi (femmes)	10 h.	
	Salpêtrière	Tous les jours	9 h.	Gosset.
Maladies des dents.	*Hôtel-Dieu*	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Béliard.
	Pitié	Lundi, Mercredi, Jeudi, Samedi (Malades nouv. et opérations)	9 h.	Bozo.
		Tous les jours (traitement et pansement)	9 h.	
	Charité	Mardi, Samedi	9 h.	Maurel.
	Saint-Antoine	Lundi, Vendredi	9 h.	Thibault.
	Cochin	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Lebedinsky.
	Beaujon	Mardi, Samedi	9 h.	Schaefer.
	Lariboisière	Tous les jours (sauf le dimanche)	9 h.	Rousseau-Decelle.
	Tenon	Mardi, Vendredi	9 h.	Lacronique.
	Laennec	Mardi, Samedi	9 h.	Darcissac.
	Boucicaut	Mardi, Vendredi	9 h.	Fargin-Fayolle.
	Vaugirard	Mardi, Samedi	8 h. 1/2	L'Hirondel.
	Saint-Louis	Tous les jours (sauf les dimanches et fêtes)	9 h.	Mahé.
	Necker-Enf.-Malad.	Mardi, Jeudi (enfants)	9 h.	Gornouec.
		Mardi, Samedi (adultes)	9 h.	
	Bretonneau	Mercredi, Samedi	9 h.	Izard.
	Trousseau	Lundi, Vendredi	9 h.	Lemerle.
	Hérold	Jeudi	9 h. 1/2	Ruppe.
	Enfants-Assistés	Mardi, Vendredi	9 h. 1/2	Boissier.

Délivrance aux personnes munies d'un certificat émanant du Bureau de Bienfaisance de leur Arrondissement.

d'Appareils orthopédiques,	*Hôtel-Dieu*	Mercredi	10 h.	Cunéo.
de Bandages.	*Hôtel-Dieu*	Mardi, Samedi	10 h.	Brocq.

LISTE

des Congrès et Manifestations médicales en 1932

23-25 Avril. — *Xe Congrès National Italien de Médecine du Travail, Milan.*

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. B. Cavagliano, Via S. Barnaba 8, Milan.

30 Avril. — *Journée de la Société de Chirurgie dentaire et de Stomatologie, Paris.*

Communications annoncées :

M. Hector Astie : Considérations générales sur l'anthropologie dans ses rapports avec le système dentaire.

M. Lebedinsky : Goethe et l'Anthropologie.

M. Maraninchi : *a*) La denture dans l'histoire ancienne de l'Egypte; *b*) Une obturation dentaire ayant deux siècles d'existence (avec projections)

M. Moreau : Les dents des hommes fossiles.

M. Papillault : Atavisme dentaire dans quelques races inférieures.

M. F. Regnault : Les muscles temporaux du pithécanthrope et du néanderthalien.

Pour tous renseignements, s'adresser 45 et 47 boulevard Voltaire, Paris.

8-12 Mai. — *Commémoration du Centenaire du professeur Alfred Fournier, Paris.*

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. Sicard de Plauzolles, 44, rue de Lisbonne, Paris.

23 Mai. — *XVIIe Congrès de Médecine légale de Langue française, Paris.*

Rapports présentés :

M. Etienne Martin (Lyon) : Les lésions du foie dans la submersion.

MM. Naville et de Morsier (Genève) : Traumatismes et syndromes parkinsoniens.

M. Genil-Perrin (Paris) : La psychanalyse en médecine légale.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, M. Piédelièvre, 24, rue Gay-Lussac, Paris.

27-29 Mai. — *VIe Congrès des Sociétés françaises d'Oto-Neuro-Ophtalmologie, Montpellier.*

Question mise à l'ordre du jour :

Les séquelles des traumatismes craniens fermés, en oto-neuro-ophtalmologie.

Rapporteurs : MM. Bremer (Neurologie), H. Coppez (Ophtalmologie), Hicquet (Otologie) et P. Martin (Thérapeutique).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. Auguste Tournay, 81, rue Saint-Lazare, Paris.

31 Mai-1er Juin. — *XIIe Réunion Neurologique Internationale Annuelle, Paris.*

Question mise à l'étude :

Les épilepsies (acquisitions récentes concernant la Clinique, l'Anatomie pathologique, la Pathogénie et le Traitement).

Rapporteurs : Pour le traitement chirurgical : M. Foerster (de Breslau). Pour la Pathogénie : M. Pagniez (de Paris). Pour la Clinique, l'Anatomie pathologique et le Traitement médical : MM. Abadie (de Bordeaux) et Crouzon (de Paris).

La Société, à l'occasion de la Réunion Neurologique Internationale, entendra l'exposé des Travaux du Fonds Dejerine est du Prix Charcot.

Fonds Dejerine : M. Baudouin : Sur l'hyperpnée expérimentale. — M. et Mme Sorrel-Dejerine : Les Paraplégies pottiques. — M. Cornil (de Marseille) : Classification anatomique des tumeurs de la moelle et de ses enveloppes.

Prix Charcot : M. Alajouanine : La poliomyélite antérieure subaiguë.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. O. Crouzon, 70 *bis*, Avenue d'Iéna, Paris.

4-5 Juin — *Congrès international de l'Asthme, au Mont-Dore.*

Programme.

1. Evolution de nos connaissances dans l'asthme. Rapporteur : M. Fernand Bezançon (Paris).
2. Physio-pathologie de la crise d'asthme; étude clinique et expérimentale. Rapporteur : M. Abrami (Paris).
3. L'Anaphylaxie dans l'asthme. Rapporteur : M. Pasteur Vallery-Radot. (Paris).
4. Part nerveuse de l'asthme, rapporteur : M. Etienne Bernard (Paris).
5. Foie et endocrines dans l'asthme. Rapporteur : M. Cordier (Lyon).
6. Etiologie, pathologie et traitement de l'asthme à épine respiratoire d'origine microbienne. Rapporteur : M. Haibe (Namur).
7. Du rôle des lésions nasales dans le déterminisme de l'asthme. Rapporteur M. Halphen (Paris).
8. Equivalents respiratoires de l'asthme. Rapporteur : M Henri Bourgeois (Paris).
9. Parentés morbides de l'asthme. Rapporteur : M. André Jacquelin (Paris).
10. Etiologie, pathogénie et traitement de l'asthme infantile. Rapporteur : M. Lesné (Paris) et Mlle Dreyfus-Sée.
11. Signes, diagnostic et évolution de l'athsme infantile. Rapporteur : M. Péhu (Lyon).
12. Traitement de la crise d'asthme. Rapporteur : M. Joltrain (Paris).
13. Traitement du terrain asthmatique. Rapporteur : M Lucien de Gennes (Paris).
14. Traitement hydro-minéral de l'asthme. Rapporteur : MM. Villaret et Justin-Besançon (Paris).
15. Physiothérapie de l'asthme. Rapporteur : M. Biancani (Paris).
16. Traitement chirurgical de l'asthme. Rapporteur : MM. Leriche et Fontaine (Strasbourg).
17. Le Mont-Dore et l'asthme. Rapporteur: M. J. Galup à Paris.

Les rapporteurs étrangers, MM. Prausnitz (Allemagne); Mac Dowall (Angleterre); Mariano (Castex (Argentine); Clementino Fraga (Brésil); Maranon (Espagne); Longcope (Etats-Unis); Storm van Leeuwen (Hollande); Frugoni (Italie); Danielopolu (Roumanie), préciseront la part de leur apport particulier à la question de l'asthme.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat du Congrès international de l'Asthme, 19, rue Auber, à Paris (9e).

14-16 Juin. — *Réunion annuelle de l'Association américaine pour l'étude du goitre, Hamilton (Ontario, Canada).*

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. J. R. Yung, Rose Dispensary Building, Terre Haute, Ind., U.S.A.

23-25 Juin. — *IIe Session de conférences médico-militaires, organisées par l'Office international de Documentation de Médecine militaire, Liége.*

Liste des conférences prévues :

Belgique :

M. Musquin: (Titre réservé). — M. Glorieux : Aptitude au service des miliciens atteints de soudure incomplète de la colonne vertébrale. — M. Clairbois : Traitement actuel de la syncope respiratoire. — M. Sillevaerts: Une question de médecine aéronautique. — M. Voncken: De la responsabilité du médecin militaire.

Espagne :

M. Murillo Ubeda : L'inspection médicale des contingents avant et après leur service militaire.

France :

M. Schicklé : Les principes de l'hospitalisation dans l'organisation du service de santé en campagne.

Pays-Bas :

Du rôle des voies d'eau dans le service de santé en campagne.

Pologne :

M. Osmolski : L'éducation physique dans l'armée, ses avantages et ses inconvénients.

Suisse :

M. Vollenweider : Particularités du service de santé dans une armée de milice. — Le paquet de pansement individuel, ses qualités et les méthodes d'examen.

Tchécoslovaquie :

M. Bohumil Sucharda : Les laboratoires chimiques de campagne, leur rapport au service pharmaceutique et leur importance dans la guerre de mouvement ou de position.

Yougoslavie : M. Novakovitch : Le sco-but à l'armée — M. Taditch : Du rôle des laboratoires de bactériologie dans l'armée en campagne.

Pour tous renseignements, s'adresser au Lieutenant-Colonel Voncken, Hôpital Militaire, Liége.

25-28 Juin. — *Journées médicales de Bruxelles.*

Pour tous renseignements, s'adresser au « Bruxelles Médical », 145, rue Belliart, Bruxelles.

1-3 Juillet. — *Journées orthopédiques, Nancy.*

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Sorrel, 179, boulevard Saint-Germain, Paris.

7-9 Juillet. — *Congrès ophtalmalogique d'Oxford, XXIIe session annuelle, Oxford.*

Question mise à l'ordre du jour :

M. Luther Peter (Philadelphie) : Le traitement du strabisme non-paralytique (à l'exception des détails opératoires).

Le Doyne Memorial Lecture : sera présenté par M. Van der Hoeve (Leiden) sur « les signes oculaires dans les maladies de Bourneville, d'Hippel-Lindau et de Recklinghausen ».

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. C. G. Russ Wood, Hill House, Abberbury Road, Iffley, Oxford.

14-17 Juillet. — *Ve Congrès de la Société internationale de Logopédie et Phoniatrie, Budapest.*

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Fröschels, Ferstelgasse 6, Vienne IX, ou à M. Stern, Mariannengasse 15, Vienne IX.

18-21 Juillet. — *Congrès annuel et cinquantenaire de la Société française d'Ophtalmologie, Paris.*

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. Onfray, 6, Avenue de la Motte-Piquet, Paris.

25-30 Juillet. — *XXXVIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française, Limoges.*

Questions mises à l'ordre du jour :

Psychiatrie : Le rôle et l'importance des constitutions en psychopathologie. Rapporteur : M. Achille Delmas (Ivry-sur-Seine).

Neurologie : Les leucoencéphalites et autres affections dégénératives de la substance blanche du cerveau. Rapporteur : M. M. Moreau (Liége).

Assistance : L'assistance et la protection des biens des psychopathes le rôle actuel du curateur à la personne, celui qu'il devrait jouer. Rapporteur : M. Lauzier (Clermont-de-l'Oise).

Cette session coïncidera avec la cérémonie d'inauguration, à l'Ecole de Médecine de Limoges, d'un buste du professeur Gilbert Ballet, ancien président du Congrès.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. Charpentier, 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine.

13-18 Août. — *IIe Congrès international de la Lumière, Copenhague.*

Questions mises à l'ordre du jour :

Comment l'effet des bains de lumière dans la tuberculose peut-il s'expliquer ? Rapporteurs : Sir Henry Gauvain (Alton, Angleterre) et M. Jesionek (Giessen, Allemagne).

Le rôle du pigment dans la biologie de la lumière et dans l'effet thérapeutique des bains de lumière. Rap-

porteurs : MM. Brody (Grasse, France) et G. Miescher (Zurich).

Bases et organisation des recherches hélio-climatiques en relation avec les mesures d'hygiène publique. Rapporteurs : MM. W. Hausmann (Vienne) et Rollier (Leysin (Suisse).

Comptes-rendus du Comité international de fixation d'une unité de mesure pour les rayons ultra-violets. Rapporteur : M. Saidmann (Paris).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général du Congrès : M. Kissmeyer, Kronprinsengade 1, Copenhague.

Secrétaire pour la France : M. Jausion, 86, rue Cardinet, Paris.

21-23 Août. — *IIIe Congrès international d'Eugénique, New-York.*

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Harry H. Laughlin, Cold Spring Harbor, Long Island, N.-Y.

22-27 Août. — *Xe Congrès international de Psychologie, Copenhague.*

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général du Congrès, Studiestraeda 6, Copenhague K.

29 Août-3 Septembre. — *XIVe Congrès international de Physiologie, Rome.*

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le président du Comité d'organisation du XIVe Congrès international de physiologie, S. Andrea Delle Dame, 21, Naples.

6-8 Septembre. — *XIIe Congrès de l'Association des médecins de langue française de l'Amérique du Nord, Ottawa.*

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général : M. J. H. Lapointe, 136, Laurier Est, Ottawa.

6-9 Septembre. — *VIIIe Conférence internationale contre la Tuberculose, La Haye et Amsterdam.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Relations entre l'allergie et l'immunité : Rapporteur principal, M. Jules Bordet (Belgique).

2° La chrysothérapie. Rapporteur principal : M. Sayé (Espagne).

3° L'assistance post-sanatoriale : Rapporteur principal: M. Vos (Pays-Bas),

Pour tous renseignements, s'adresser au Comité National de Défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

19-22 Septembre. — *Congrès international de la Lithiase biliaire, Vichy*

Rapports présentés :

1° Les séquelles de la cholécystectomie.

Rapporteurs : MM. Victor Donnet (New-York), Mariano Castex (Buenos-Aires), Castaigne (Clermont-Ferrand), Gosset et Petit-Dutaillis (Paris), Giraud (Montpellier), H Béclère (Paris).

2° Le traitement médical et hydrominéral du cholécyste dans la lithiase biliaire.

Rapporteurs : MM. Chiray (Paris) et Pavel (Bucarest), Chabrol (Paris), Abrami (Paris), Umber (Berlin), Piery (Lyon), Delherm et Dausset (Paris).

3° Le foie lithiasique.

Rapporteurs : MM. Noël Fiessinger (Paris), M. Brulé (Paris), Harvier (Paris), Dieryck (Louvain), Gilbert (Genève), Gatellier (Paris).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général du Congrès, 24, boulevard des Capucines, Paris.

19-25 Septembre. — *Congrès international d'Hygiène méditerranéenne, Marseille.*

Rapports présentés :

1. M. Sadi de Buen : La spirochétose espagnole.
2. M. Blanc : La dengue.
3. M. Burnet : La fièvre ondulante.
4. M. Olmer : La fièvre exanthématique.
5. M. Lutrario : Des procédés modernes de dératisation des navires.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général : M. H. Violle, 40, Allées Léon-Gambetta, Marseille, ou à M. Broquet, 195, boulevard Saint-Germain, Paris.

25-30 Juillet. — *LVe Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, Bruxelles.*

Ordre du jour prévu :

M. Glorieux (Bruges) : Les traumatismes de la colonne vertébrale.

MM. Réchou (Bordeaux), Delherm et Morel-Kahn (Paris) : Traitement radio- et électrothérapique des goitres.

M. Bourguignon (Paris). La diélectrolyse.

M. Gunzburgh (Bruxelles) : Traitements électriques dans les affections rhumatismales chroniques.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. E. Daubresse-Morelle, 154, rue de la Loi, Bruxelles.

27-30 Septembre. — *IIe Congrès international d'oto-rhino-laryngologie, Madrid.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° *Otosclérose.*

Rapporteurs : MM. Fraser (Edimbourg), Cordon Wilson (Chicago), Otto Mayer (Vienne).

2° *Ozène.*

a) Etiologie, Pathogénie, Bactériologie. Résultat d'une enquête individuelle. Raporteurs : MM. Leroux-Robert (Paris), Costiniu (Bucarest). — *b*) Traitement médical. Rapporteur : M. Viggo Schmidt (Copenhague). — c) Traitement chirurgical. Rapporteurs : M. Lautenschlager (Berlin). — *d*) 1° Anatomie pathologique. Rapporteur : M. Torrini Luigi (Florence). — 2° Recherches bactériologiques et expérimentales. Rapporteurs : MM. P Marlogis (Italie), Alphonso Trimarchi (Cremona).

3° *Sclérome.*

Les résultats de l'enquête internationale en ce qui concerne le sclérome. (Géographie, statistique, épidémologie). Rapporteur : M. Belinoff (Sofia). — Bactériologie : M. Lasagna (Parme). — Clinique et Thérapeutique, M. Bourack (Minsk). — Histoire : M. Hajek (Vienne). — Législation internationale du sclérome : M. Barraud (Lausanne). — La lutte contre le rhinosclérome (prophylaxie) ; M. Zaleosky (Pologne). — La guerre et le rinosclérome ; M. Putschoski (Russie). — L'étiologie du rhinosclérome : M. Hinsberg (Breslau). — Sérologie du sclérome : M. Neuber,

4° *Traitement endoscopique.*

a) Des affections suppurées trachéo-bronchiques. Rapporteur : M. Chevallier Jackson (Pennsylvania). — *b*) Traitement des lésions inflammatoires (phlegmons, etc.), de l'œsophage et de son voisinage causées par des corps étrangers. Rapporteur : M. V. Eicken (Berlin).

5° *Traitement des tumeurs en O.R.L. par les radiations pénétrantes* (rayons X, radium).

a) Indications respectives des radiations et de la chirurgie. Rapporteur : M. Hautant (Paris). — *b*) Technique de l'emploi des radiations. Rapportours : MM. Ledoux et Sluys (Bruxelles). — c) Traitement des tumeurs malignes de l'amygdale. Rapporteur : M. Lemaitre (Paris).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général : Docteur A. Fumagallo, Argensola 16-18, Madrid.

Septembre. — *IXe Congrès international d'Histoire de la médecine, Bucarest.*

Rapports présentés :

MM. Ricardo Jorge (Lisbonne) et Guyart (Lyon) : La défense de l'Europe contre la peste.

L'évolution de la médecine dans les pays balkaniques (rapportée par chacun des représentants des pays intéressés).

Deux conférences, par M. Ricardo Jorge (Lisbonne) :

1° La continuation des hôpitaux byzantins par les hôpitaux roumains.

2° Les médecins sasses et de Raguse comme éléments de liaison entre l'Occident et l'Orient.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général du Congrès : M. Gomoiu, 86, rue Stirbey-Vodà, Bucarest.

2-3 Octobre. — *Congrès de Chirurgie réparatrice, plastique et esthétique, Paris.*

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Dartigues, président, 81, rue de la Pompe, Paris.

3-8 Octobre. — *XLIe Congrès de l'Association française de Chirurgie, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Traitement chirurgical des arthrites chroniques de la hanche (non tuberculeuses).

Rapporteurs : MM. Cunéo et Rocher.

2° Traitement chirurgical des maladies du sang.

Rapporteurs : MM. Quénu et Santy.

3° Chirurgie du Cœur (traumatismes exceptés).

Rapporteurs : MM. Lenormant et Leriche.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat général, 12, rue de Seine, Paris.

4 au 8 Octobre. — *XXXIIe Congrès français d'Urologie, Paris.*

Rapport présenté :

MM. André et Grandineau (Nancy) : Traitement des tumeurs malignes de la vessie.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. O. Pasteau, 13, Avenue de Villars, Paris.

7 Octobre. — *XIVe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Traitement chirurgical des scolioses.

Rapporteur : M. Fèvre (Paris).

2° Traitement précoce de l'ostéomyélite aiguë (non traumatique), des membres.

Rapporteur : M. Ingelrans (Lille).

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. Sorrel, 179, Boulevard Saint-Germain, Paris.

10-12 Octobre. — *XXIIe Congrès français de médecine, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1° La lymphogranulomatose maligne.

2° Les acrocyanoses.

3° Le traitement médico-chirurgical des abcès du poumon.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général : M. Abrami, 9, rue de Lille, Paris.

24-27 Octobre. — *XIXe Congrès annuel d'Hygiène, Paris.*

Questions présentées :

I. Formation des hygiénistes et techniciens sanitaires. Enseignement de l'Hygiène dans les Instituts d'Hygiène et les Instituts de technique sanitaire.

II. Œuvre réalisée par les hygiénistes français : Inspecteurs départementaux d'Hygiène, Directeurs de Bureaux d'Hygiène, Techniques sanitaires.

III. Progrès réalisés en Hygiène par différentes Œuvres, Associations, etc.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, M. R. Dujarric de La Rivière, Institut Pasteur, 28, rue Dutot, Paris.

Fin Octobre. — *VIIe Congrès français de stomatologie, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

MM. Cadenat, Toulouse et Vilenski (Paris) : Les ostéites non spécifiques du maxillaire supérieur.

M. Dechaume (Paris) : Les mycoses cervico-faciales.

Question mise en discussion :

M. Raison (Paris) : Les indications et les contre-indications des extractions à chaud.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire général, Mll. Lattès, 54, bd. Saint-Michel, Paris (6e).

Octobre. — *Congrès international de la Ligue contre le rhumatisme, Paris.*

Questions mises à l'ordre du jour :

1. *a*) Question médico-scientifique : Les symptômes initiaux du rhumatisme chronique; *b*). Rhumatisme et tuberculose.

2° Question médico-sociale : Le rhumatisme et la profession.

3° Discours libres.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Lacapère, 51, rue Bonaparte, Paris.